

**ESCUELA DE ENFERMERIA "MARIA ELENA MAZA
BRITO" INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN"**

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM, CLAVE 3049-12

***PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOMETIDO A UNA AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA***

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

BLANCA ESTELA ANGELES MUÑOZ
No. de Cuenta. 401501258

DIRECTOR DEL PROCESO

LIC. ENF. LETICIA GARDUÑO RONQUILLO.



México, 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por haberme dado la oportunidad de realizar una de las metas que me había propuesto, ya que él, es el que nos guía por el sendero de la vida.

En especial agradezco a mi familia; mi madre, mi tía que se han esforzado para sacarme adelante y por todos los sacrificios que han hecho para que yo cumpla las metas que me he propuesto.

A mis hermanos por el apoyo que me han brindado siempre y en especial en esta época de mi vida, la cual es muy importante para mí.

A la Lic. En Enfermería. Leticia Garduño Ronquillo por haberme dedicado gran parte de su tiempo, por su apoyo y asesoría para realizar este presente Proceso Enfermero.

A todos ustedes gracias

Blanca

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	6
4. MARCO TEORICO.....	7
4.1. Proceso enfermero.....	7
4.1.1. Concepto.....	7
4.1.2. Características del proceso enfermero.....	7
4.2. Etapas del proceso enfermero.....	8
4.2.1. Valoración.....	9
4.2.2. Diagnostico.....	11
4.2.3. Planeación.....	13
4.2.4. Ejecución.....	16
4.2.5. Evaluación.....	18
4.3. Modelo de Virginia Henderson.....	19
4.3.1. Bibliografía de Virginia Henderson.....	19
4.3.2. Necesidades Humanas de V. Henderson.....	20
4.4. Cuidado.....	24
4.4.1. Como Objeto Estudio.....	25
4.4.2. Tipos de Cuidado.....	25
4.5. Proceso de Duelo.....	26
4.5.1. Duelo.....	26
4.5.2. Etapas de Duelo.....	27
5. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	28
5.1. Presentación del caso.....	29
5.2. Valoración de Enfermería.....	31
5.3. Diagnostico de Enfermería.....	35
5.4. Plan de Atención Enfermería.....	37
5.5. Ejecución del Plan Atención de enfermería.....	44
5.6. Evaluación del proceso enfermero.....	52
5.7. Plan de alta.....	54
6. CONCLUSIONES.....	55

INTRODUCCIÓN

Una de las prácticas específicas de la enfermera es la orientación hacia la población en general y en los individuos en particular, es por ello que al estar frente a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, la intervención tiene que ser integral dada su importancia y particularidad, es aún más importante y particular, ya que en nuestro país existen una diversidad de patologías que se presentan como problemas de salud pública, por tal razón ha surgido la necesidad de crear nuevos hospitales generales y de especialidad. Como es el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán donde la Diabetes Mellitus representa un problema estadístico, ya que la mayoría de los pacientes que se encuentran registrados en esta Institución presentan este padecimiento.

La diabetes mellitus es una enfermedad de causas diversas que se caracteriza por hiperglucemia y glucosuria secundaria a deficiencia de la acción o cantidad de insulina ocasionando un metabolismo defectuoso de los carbohidratos. Generalmente se clasifica en dos tipos principales: diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes tipo 1 y diabetes mellitus no insulino dependiente o diabetes tipo 2. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y debilitante y es costosa tanto en términos de sufrimiento humano como de la economía sanitaria, la diabetes mellitus establecida de larga duración puede conducir a una diversidad de complicaciones severas tales como enfermedad renal, ceguera, enfermedad cardíaca, etc.

La evidencia demográfica y epidemiológica sugiere que la frecuencia de diabetes mellitus está aumentando en todo el mundo, en donde aproximadamente el 85 al 90% son no insulino dependientes y el resto insulino dependientes y solo el 30 al 40% reciben tratamiento.

Las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus son un problema de salud a escala mundial, se necesitan más consultas e ingresos hospitalarios y estos ocupan entre el 12 y el 15% de los servicios de Salud. La prevalencia actual de la Diabetes Mellitus se estima en 150 millones de enfermos pero se prevé que para el año 2025 llegue a alcanzar una población mundial de 250 millones.

Dentro de estas complicaciones de la diabetes mellitus se encuentran las que se desarrollan en los pies, conocidas como úlceras diabéticas o síndrome del Pie Diabético, las cuales ocasionan un alto número de ingresos a los servicios hospitalarios, el cual (el pie diabético) representa el 25% del total de ingresos en el servicio, la edad media de estos pacientes es de 60 y 69 años de los cuales el 5% del total pertenecen al sexo femenino. “El 50% de los pacientes diabéticos padecen úlceras en el transcurso de su vida que pueden provocar una amputación pero esto es más alarmante cuando se reporta que además el 50% va a necesitar una nueva amputación en el transcurso de los siguientes 5 años y que la supervivencia es del 40% y solo el 25% logra llegar a los 80 años o más.

Por todo ello, cabe recordar que el pie humano es una maravilla mecánica, consta de 30 huesos, 29 articulaciones, 42 músculos y multitud de tendones y ligamentos. El pie debe sostener el cuerpo y absorber las fuerzas del impacto, al caminar o correr, ajustarse a sus perfiles, dar base para la propulsión y balancear las fuerzas de rotación transversal que se relacionan con los movimientos de rodilla y cadera y este es el vínculo que desplaza y mantiene productivo al ser humano. En los pacientes diabéticos, su afección se convierte en una verdadera catástrofe, ya que los lleva a la invalidez, por lo que tiene que dejar de trabajar como es el caso del Sr. H. M. O quien al ser tratado en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán se le Diagnostica el Síndrome de Pie Diabético, el cual inicia su problema con una ulcera que tiene una evolución desde el comienzo de una úlcera pequeña, llegando a ser una profunda hasta gangrena;

por lo que el paciente tiene que ser sometido a una amputación supracondilea que merma su calidad de vida. Siendo indispensable la intervención de la enfermera, pues mediante la valoración de sus necesidades así como de las capacidades con que cuenta, pueda realizar actividades básico-necesarias para su vida diaria y sobre todo que le brinden una esperanza para seguir viviendo.

Para tal fin, este trabajo se ha desarrollado, en los siguientes apartados:

Una justificación en la cual se menciona el porque surgió la necesidad de realizar este proceso atención enfermero a un paciente sometido a una amputación supracondilea, Objetivos en los cuales se menciona las metas que se pretenden alcanzar después de su tratamiento quirúrgico, en el tiempo de hospitalización al igual que la forma en que se satisficieran las necesidades que presente el paciente durante sus días de internamiento. Una metodología en la cual se menciona la forma en que se realizo este trabajo, a través de que método y modelo el cual fue el de Virginia Henderson. Contiene un marco teórico el cual menciona brevemente lo que es un Proceso Atención Enfermero, sus características, sus etapas, Bibliografía de Virginia Henderson, su modelo de las 14 necesidades de atención básicas, lo que es cuidado, los tipos de cuidado, lo que es duelo, las etapas del duelo e imagen corporal.

Un valoración en las cuales se resumen las características de cada una de las 14 necesidades que presenta el paciente, la aplicación de un razonamiento diagnostico del cual surgen los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes ya sean reales o de riesgo., la elaboración de unos planes de cuidados basados en las necesidades que presento el paciente, una evaluación del proceso enfermero, una bibliografía en la cual se presentan los datos de los libros que se utilizaron para realizar este trabajo, anexos en los cuales se incluye la anatomía, fisiología y patología el diagnostico y el tratamiento.

1. JUSTIFICACION

El presente Proceso Atención Enfermería se elaboró en el servicio de Cirugía de Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, respondiendo a la necesidad de brindar atención a un paciente sometido a una amputación infracondilea, condicionando y limitando sus actividades diarias; y sobre todo que influye de manera importante en su autoestima, ya que al enfrentar la pérdida de la extremidad (pie derecho), el paciente refleja: desánimo, tristeza, dolor, angustia y pérdida de la esperanza, haciendo que su evolución y tratamiento sean difíciles, para su calidad de vida. Es por ello que la intervención de la enfermera es indispensable en la satisfacción de necesidades, que incidan favorablemente en el paciente, en especial durante el movimiento y la postura; y el regreso a su ambiente familiar y social.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Satisfacer las necesidades no resueltas en un paciente con amputación infracondílea, durante su estancia en hospitalización, en el periodo de marzo a Abril en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

2.2. Objetivo Específicos:

1. Realizar una valoración en la cual se puedan observar en forma objetiva y subjetiva las necesidades de atención que requiera la paciente.
- 2.- Elaborar Diagnósticos de enfermería con base en las necesidades que requiera la paciente y mediante el formato PES.
- 3.- Realizar un plan de intervenciones de enfermería, de acuerdo a los problemas de salud identificados en cada necesidad que presente el paciente.
- 4.- Aplicar el plan de intervenciones de enfermería para satisfacer las necesidades y valorar los resultados esperados.

3. METOLOGIA DE TRABAJO

Es un Proceso Atención Enfermería aplicado a un paciente con Pie Diabético, el cual fue valorado mediante las 14 necesidades de la teórica Virginia Herderson, es un estudio de caso de tipo cualitativo realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

El trabajo se inició desde que se tomó la decisión de realizarlo y esto comienza cuando el paciente ingresa al quirófano para la intervención programada de amputación supracondilea, posterior a esto se realiza una entrevista con el paciente, donde se realiza la aplicación de un cuestionario con el fin de conocer los antecedentes de su enfermedad y las complicaciones que lo condicionaron para llegar a la amputación; así como identificar las necesidades que se deriven de ésta.

Posterior a esto se realizó una lista de diagnósticos de enfermería acorde con las necesidades identificadas, se crearon objetivos para cada uno de ellos al igual que intervenciones de enfermería encaminadas a mejorar su salud, las cuales se llevaron a cabo en el servicio de hospitalización, mostrando los resultados esperados a las propuestas de acción.

Finalmente se realizó una revaloración del paciente identificando las necesidades resueltas en el paciente; así como las potencialidades imperantes para su independencia.

La cronología del trabajo fue realizada y revisado periódicamente, la cual permitió hacer correcciones durante la aplicación del proceso, en el periodo de agosto a julio del 2005; el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

4. MARCO TEORICO

4.1. Proceso Enfermero:

Es un método sistemático que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. (Alfaro 1999).

4.1.1. Características:

Es una serie de pasos mentales a seguir para la enfermera, que le permiten organizar su trabajo, y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita a la comunidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados. Es **humanista**, por consideran al hombre como un ser holístico que es la más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar. Es **intencionado**, porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valorar los recursos, el del usuario y el de la propia enfermera. Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.¹

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y es interactivo,

¹ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual.2ª. Edición, México 2002. Pág.: 29

por requerir de la interrelación humano – humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.².

4.2. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

4.2.1. VALORACIÓN:

Es la primera etapa del proceso enfermero, que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todos los aspectos necesarios correspondientes a las respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total o integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.³

² RODRÍGUEZ, Bertha, PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª. Edición, México 2002. Pág.: 29.

³ ALFARO-LeFevre. Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero; guía práctica, Barcelona España, 4º edición, editorial DOYMA.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- a) Recolección de la información
- b) Validez de la información
- c) Registro de la información.

a) **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:** comienza desde el primer encuentro con el usuario y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se este con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos. Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas primarias, usuario y su familia y las secundarias son los amigos y otros profesionales de la salud, ya que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas son los expedientes clínicos y la bibliografía relevante. Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información para seguir una metodología específica durante la evaluación, no evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de los datos.⁴.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, los subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través

de los órganos de los sentidos, los datos históricos, se refieren a los hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización.

⁴ SMELTZER, Suzanne. Enfermería Médico Quirúrgica. 9edición. Vol. 1, McGraw Hill 2002, pag. 33,34.

- b) Toda la información se recolecta por medio de una entrevista y del examen medico, ambas se complementan y clarifican mutuamente.
- c) **VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos son correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones y centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores en la atención a los problemas, la validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa del diagnostico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.
- d) **REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:** Es el ultimo paso de la etapa de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue el registro de la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la presentación de una asistencia de calidad, pro proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.⁵

4.2.2. DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, la requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes. Los pasos del la etapa del diagnostico son:

⁵ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación Actual.2ª Edición, México 2002.Pág.: 46.

a) RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO: es la aplicación del pensamiento clínico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.⁶ Los pasos seguir durante el razonamiento diagnóstico son:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos como los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N. A. D. A..
2. Analizar y agrupar los datos significativos
3. Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
4. Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema.
5. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas, y a las respuestas fisiopatológicas.
6. Determinar los factores relacionados o de riesgo.

b) DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES:

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad de procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. Para determinar cuando un proceso vital o un problema de salud debe ser considerado un diagnóstico enfermero, es necesario contestar 2 preguntas:

⁶ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª edición, México 2002. Pág.: 51,52

1. ¿La enfermera tiene la autoridad para hacer un diagnóstico definitivo?
2. ¿La enfermera es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo sin lugar a dudas se trata de un diagnóstico enfermero; en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente que solo podrá ser resultado con la participación de todos los integrantes del equipo sanitario.⁷

CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS:

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

Dx. real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de las características definitorias, además de tener factores relacionados.

Dx. de riesgo: Describe respuestas humanas que pueden desarrollar en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable, no existen características definitorias solo se apoya en los factores de riesgo.

Dx de Salud: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar pero puede y quiere alcanzar un nivel de vida mejor.⁸

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se

⁷ ALFARO-LeFevre. Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero; guía práctica, Barcelona España, 4ª edición, editorial DOYMA.

⁸ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª edición, México 2002, Pág.: 57

relacionan con la patología con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como la evolución de la situación patológica, lo que la sitúa en el ambiente de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES:

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real y si existen factores de riesgo, pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.⁹

ESTRUCTURA DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES:

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología, los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de. Al inicio de su formulación.¹⁰

VALIDACIÓN:

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, durante la validación la enfermera debe consultar al usuario

⁹ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª edición. México 2002. Pag:58.

¹⁰ BIDEI. PÁG: 69.

para corroborar que esta en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

4.2.3 PLANEACION:

Es la tercera etapa del proceso enfermero que se inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Pasos de la planeación:

- Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa del diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.¹¹

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades de Maslow, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro:

Prioridad 1: Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2: Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3: Problemas que interfieren en el amor y la pertenencia.+

Prioridad 4: Problemas que interfieren en la autoestima

¹¹ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª edición. México 2002. Pág.:73.

Prioridad 5: Problemas que interfieren en la capacidad para lograr los objetivos personales.

Elaboración de Objetivos:

Los objetivos son una parte indispensable dentro la etapa de la planeación ya que ellos miden el éxito de un plan determinado. Permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación al generar numerosas acciones de enfermería.

Los objetivos para un plan de cuidados debe reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente, es decir, centrarse en dar solución al problema y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.¹²
2. Estar dirigidos, la usuario, familia y comunidad, porque en ellos se esperan los resultados, también pueden referirse a una parte del organismo o una función, como es el caso de los diagnósticos enfermeros y cuando se trata de problemas interdependientes.ⁱ
3. Incluir verbo que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado ese objetivo.
4. Ser claros y precisos con los siguientes elementos en su redacción: sujeto, verbo, condición y criterios de realización.
5. Haber involucrado al usuario y su familia, para seguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas

¹² RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO. Aplicación actual. 2ª. Edición. México 2002. Pág.: 75

interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.

6. Utilizar un solo verbo.

7. Ser realistas, es decir, que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del estudio para que se puedan alcanzar.¹³

4.2.4. EJECUCIÓN:

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Pasos de la ejecución:

- Preparación
- Intervención
- documentación

PREPARACIÓN:

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe.

1.- revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

2.- analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas.

¹³ RODRÍGUEZ, Bertha, PROCESO ENFERMERO, Aplicación Actual. 2ª edición, México 2002. págs.: 77, 78, 80.

3. Tener en mente las complicaciones que se puedan presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo la intervención.¹⁴
5. Crear un ambiente confortable y seguro para que el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos claves de la delegación. Tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

INTERVENCIÓN:

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas., que incluyen la valoración, la prestación de los cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

En cada intervención de enfermería la enfermera es responsable de los cambios emocionales y físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta. Del usuario y su familia.¹⁵

DOCUMENTACIÓN:

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario y familia.

¹⁴, BIDEM Pág.:89.

¹⁵ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual. 2ª edición. México 2002 Pág. : 90

4.2.5. EVALUACIÓN

Es la última del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

1. ¿La valoración estuvo completa y fue validada?
2. ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
3. ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue concreta?
4. ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
5. ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evolución en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de los objetivos.¹⁶

La evaluación es compleja, sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistematizada y continua ya que brinda una base cognitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.¹⁷

¹⁶ RODRÍGUEZ, Bertha. PROCESO ENFERMERO, aplicación Actual. 2ª edición. México 2002.
Pág.: 93

¹⁷ F. SMITH, Sandra. Enfermería Básica y Clínica. Ed. Manual Moderno. México 1992.

4.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

4.3.1. VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"¹⁸.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados

¹⁸ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 7º edición, Edit Mosby-Doyma. 1994.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .¹⁹

4.3.2. Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º. Respirar con normalidad.

2º. Comer y beber adecuadamente .

3º. Eliminar los desechos del organismo .

4º. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .

5º .Descansar y dormir.

6º .Seleccionar vestimenta adecuada.

7º. Mantener la temperatura corporal .

8º. Mantener la higiene corporal .

9º. Evitar los peligros del entorno .

10º. Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones .

11º. Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .

12º. Trabajar de forma que permita sentirse realizado .

¹⁹ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 7º edición, Edit Mosby-Doyma. 1994.

13º. Participar en todas las formas de recreación y ocio .

14º. Estudiar , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. ²⁰

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).²¹ Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

²⁰ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 7º edición, Edit Mosby-Doyma. 1994.

²¹ IBIDEM

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.²² Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

²² <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 3 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.²³

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

²³ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 3º edición. Edit. Mosby- Doyma, 1994.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.²⁴

4.3. CUIDADO

Los cuidados y la forma de cuidar contribuyen a aumentar o reducir el poder de existir, es decir, el poder de descubrir al mundo, de comprenderlo y de centrarse en él. Cuidar es actuar sobre el poder de existir, permitiendo que este poder se movilice, se desarrolle, se utilice, o haciendo que se inmovilice, se limite o se reduzca. Los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que solo tiene sentido y sólo puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios, donde cada cual toma y recibe, se desarrolla y se forma y se desarrolla a través de todo aquello que hace difícil la vida y al mismo tiempo, despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula, la hace más creadora y libera su posibilidad de ser, de afirmarse mutuamente como actores sociales.

Si cuidar es, en primer lugar, ayudar a vivir movilizando toda la capacidad de ser una persona o de un grupo, los utilizan como a los que ofrecen; sin esto no podrían ser viables. Parece indispensable hacer más precisa la terminología relativa a los cuidados de enfermería, y hace una distinción neta en el lenguaje coloquial entre trabajo de cuidar o tarea de cuidar que representa un acto aislado de carácter técnico o de relación, y el proceso de cuidados de enfermería, que

²⁴ MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 3° edición. Edit. Mosby- Doyma, 1994.

representa el conjunto de acción curativa que requiere una etapa y un tiempo para recoger la información, para comprender y organizar esta información, y para elaborar y poner en practica un proyecto de acción y evaluación de sus efectos.

Por otra parte, parece fundamental identificar en cualquier situación que requiere cuidados la diferencia entre cuidar y tratar así como la distinta naturaleza entre:

- *Los cuidados para el mantenimiento de la vida* relacionados con todas las necesidades vitales fundamentales para que la vida continúe, cuidados para los cuales es indispensable conocer las costumbres y las creencias.
- *Los cuidados de curación* que solo tienen sentido relacionados con los primeros, exceptuando situaciones de urgencia muy limitadas y temporales.²⁵

Teniendo en cuenta la diferente naturaleza de los cuidados en el proceso de cuidados de enfermería, es posible:

- Tener en cuenta aquello que, bajo diferentes aspectos, tiene un importancia vital para las personas y los grupos.
- Relativizar los cuidados de curación integrándolos en el curso los cuidados, sin aislarlos, sin convertirlos en todo el acto de cuidar.

²⁵ COLLIERE, Marie Françoise. Promover la vida. Edit. McGraw-Hill 1993. pag.314-339.

4.4.1. DUELO:

Es una emoción que se experimenta con respecto a la pérdida; puede verse como una respuesta conductual a la muerte o a la agonía. Los seres humanos experimentan la pérdida como un sentimiento de duelo, y deben retirarse del estímulo doloroso para obtener su repercusión. Las emociones permiten experimentar el ambiente: son medios de cognición. Cuando se padece duelo, se experimenta una sensación de pesar, esta experiencia se acompaña por un síndrome definido como síntomas somáticos y psicológicos.²⁶

4.4.2. ETAPAS DEL DUELO

A. Choque y la incredulidad, negación y embotamiento, las primeras respuestas al enterarse de una muerte es el choque y rechazo a aceptar o comprender el hecho. Tras esta reacción se presenta una sensación de aturdimiento y embotamiento, lo cual no permite que la persona reconozca la realidad de la muerte, la fase inicial se caracteriza por intentos de autoprotección contra el estrés intenso mediante el bloque de reconocimiento de la muerte.²⁷

B. Desarrollo de conciencia, es la segunda etapa, en el transcurso de minutos u horas el individuo se vuelve conciente, de manera aguda, y creciente, de la angustia de la pérdida. Durante este momento puede haber ira y es posible que se dirija hacia individuos o circunstancias consideradas como responsables de la muerte, la conducta que acompaña frecuentemente a esta etapa es el llanto y la regresión a un estado de mayor importancia, similar al infantil.

²⁶ SMELTZER, Suzanne. Enfermería Médico Quirúrgica. 9edición. Vol. 1, McGraw Hill 2002, pag: 111-112

²⁷ <http://www.Auxilio.Com.mx/site/links/duelo.htm>.

- C. Restitución,** es la tercera etapa en la cual varios rituales de la cultura ayudan a iniciar el proceso de recuperación, estos rituales funcionan recalcando la realidad de la muerte y el acto mismo de experimentarlos ayuda al doliente a afrontar la pérdida.
- D. Resolución:** esta etapa incluye varios plazos, en primer lugar el doliente intenta afrontar el vacío doloroso creado por la pérdida de la persona, en ese momento los pensamientos del doliente están ocupados casi de modo exclusivo por el individuo que ha muerto, luego el doliente adquiere mayor conciencia de su cuerpo y sensaciones corporales, finalmente comienza a hablar sobre la persona muerta, a recordar sus atributos y personalidad, la resolución de la pérdida es una fase larga y dolorosa que continua hasta que el doliente recuerda los aspectos positivos del individuo muerto.
- E. Idealización.** Se reprimen todos los remordimientos hostiles y negativos hacia la persona muerta, conforme evoluciona el proceso se efectúan dos cambios importantes: los pensamientos recurrentes sobre el individuo muerto traen a la mente una imagen distinta de la pérdida y dichos recuerdos hacen que surjan los aspectos más positivos de la relación pérdida.

El resultado del proceso del duelo suele tomar un año o más, la evidencia más clara de recuperación es la capacidad de recordar de manera cómoda y realista a la persona muerta, considerando tanto los aciertos como las desilusiones de la relación.

Todo individuo que experimenta una pérdida pasará cuando menos por alguna de estas etapas al intentar enfrentarse a la pérdida, las etapas del duelo son los medios mediante los seres humanos pueden afrontar la pérdida y resolver dicha situación.²⁸

²⁸ <http://www.Auxilio.Com.mx/site/links/duelo.htm>.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 42 años de edad el cual esta casado. Tiene dos hijos, trabajaba de chofer de un microbús estudio hasta 3° de secundaria. Habita en casa prestada con todos los servicios intra y extra domiciliarios la cual habita con tres personas, realiza tres comidas diarias adecuadas en cantidad y calidad (carne, pollo, verduras, leche, etc.), se realiza baño diario con cambio de ropa interior y exterior, se realiza aseo bucal dos veces al día. Convive con animales de tipo vacuno y canino.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre finada por hepatopatía, padre vivo con 85 años de edad y con Diabetes Mellitus tipo 11, dos hermanos con Diabetes Mellitus , hermana finada a los 45 años de edad por hepatopatía no especifica, tíos paternos y maternos con Diabetes Mellitus.

PADECIMIENTO ACTUAL: Diabetes Mellitus tipo 11 diagnosticada desde hace 20 años al realizar exámenes de sangre, para solicitar licencia de manejo, se encontraron cifras elevadas de glucosa, posterior mente refiere aparición de poliuria, polidipsia y polifagia con astenia, adinamia y pérdida de peso, (10Kg, en 3 años). Refiere disfunción eréctil hace 10 años sin tratamiento.

Dislipidemia se encuentran cifras elevadas de lípidos, recientemente cuenta con un CT de 229mg/dl, triglicéridos 599mg/dl, HDL 36.4, LDL 69.8.

HAS. Hace tres años detectaron cifras elevadas de 150/110, indicándole captopril hasta hace un mes, se cambio el tratamiento por metoprolol 100mg cada 12 horas.

MOTIVO DE INGRESO: Ingresa por Pie Diabético, cometa que en diciembre del 2001 fue internado por presentar cuadro clínico caracterizado por úlcera el talón derecho, con presencia de fiebre, no cuantificable, la lesión aumento de tamaño progresivamente con aparición de secreción mucopulenta escasa, indolora, con eritema y edema perilesional, en esa ocasión se descarto proceso osteomielítico

en estudios de imagen, por lo que recibió tratamiento con ceftriaxona y clindamicina IV por 5 días con lo cual fue hacia la mejoría, continua con tratamiento oral por 3 meses con lo cual se resolvió de manera satisfactoria. En septiembre del 2004 presento lesión ampular en dorso de pie derecho con salida de material purulento por lo que acudió con medico particular el cual debrido la lesión e indico tratamiento vía oral con clindamicina con lo cual remitió el cuadro.

Comenta que 3 días previos a su llegada a urgencias inicio con cuadro clínico caracterizado por escalofríos e hipertermia no cuantificado. Posteriormente noto ulcera en pie en planta del pie derecho sin secreción, edema, cambios en la coloración violácea de pie. La radiografía mostró gas en área de taló así como cambios óseos en el pie sugerente de osteomielitis, se realizo punción para biopsia por aspiración en región de talón con salida de material purulento el cual se envió a cultivo.

LABORATORIOS:

Eritrocitos	3.96	Leucocitos	9.5	Glucosa	134
HB	11.7	Neutro filios	747	BUN	9.5
Hto.	33.8	Linfocitos	15.5	CRE	.98
VCM	85.4	Monolitos	6.4	NA	140.6
HCM	29.5	Eosinofilos	2.8	K	4.67
CMH	34.5	Basofilos	.6	CL	109.9
ADE	131	Plaquetas	299	CO2	22.1

5.2. RESUMEN DE LA VALORACIÓN

H. M. O. De 45 años de edad de sexo masculino, con escolaridad de secundaria terminada, el cual trabajaba de chofer de un microbús, es casado con 2 hijos el cual habita vivienda con todos los servicios intradomicilairios y extradomiciliarios. (agua, luz, drenaje, transporte, etc.)

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Él paciente presenta tos productiva, es una persona que fuma ocasionalmente solo en reuniones y solo un cigarro máximo 2. Es hipertenso maneja presiones de 170/90, FC: 90 FR: 18, el cual no se controla, tiene indicado metoprolol 100mg cada 12hrs, pero no la toma, conciente, orientado, tranquilo, con buena coloración de tegumentos, tiene una mala circulación en miembros inferiores lo cual contribuye a una cicatrización deficiente llegando a gangrena.

NECESIDADES DE HIDRATACIÓN E HIDRATACIÓN:

Él paciente consume una dieta normal la cual es a base de carnes, las cuales consume tres veces por semana, come tres piezas por día, harinas, grasas, leche, leguminosas,(frijol, Abas garbanzo, lentejas, etc.) realiza tres comidas diarias, llega a padecer estreñimiento el cual mejora con la ingesta de alimentos altos en fibra.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Hábitos intestinales 1 vez al día, casi siempre por la mañana las heces son de consistencia dura de color café, no usa laxantes, no tiene hemorroides, ni dolor al defecar, abdomen globoso depresible, no doloroso.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Se adapta a cambios de temperatura sin problema le gustan los tiempos de invierno y otoño, procurando protegerse de los mismos, piel de color rosada, ligeramente reseca, el entorno donde se encuentra es frío .

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

No realiza ninguna actividad física, descansa todos los días ya que el paciente no puede trabajar, debido a que presenta una ulcera profunda en pie derecho y requirió de una amputación del pie izquierdo, el paciente presenta buena fuerza muscular, buena flexibilidad, adquiere diversas posturas acostado, requiere de apoyo para la de ambulación.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

El paciente descansa todos los días en su casa ya que se encuentra imposibilitado para trabajar, el paciente su hora de dormir es a las 11:00pm, duerme 7 horas, tiene siestas por la tarde, no presenta insomnio.

NECESIDAD DE USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADA:

Él paciente viste de acuerdo a su edad, él estado de ánimo, su autoestima y sus creencias católicas no influyen en su forma de vestir, se puede vestir por si solo.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Realiza baño diario por las mañanas, aseo bucal 2 veces al día, se lava las manos antes y después de comer y de ir al baño, olor corporal agradable, presenta lesión dérmica la cual es una ulcera en pie derecho la cual es grado 1, la cual se localiza en la parte antero posterior de la pantorrilla.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Su familia esta compuesta por esposa y dos hijos de 15 y 18 años, ante situaciones de urgencia refieren nerviosismo y acuden a centro de atención más cercano., Realiza controles periódicos de salud en su persona sólo cuando tiene consulta. El paciente tiene buena comunicación con los integrantes de la familia y compañeros de trabajo, los cuales lo visitan frecuentemente en su casa no cuenta con dispositivos de apoyo para su traslado, ya que no se ha acondicionado esta posterior a la cirugía.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Es un paciente que lleva 20 años de casado el cual vive con su esposa y sus hijos, este se encuentra preocupado en lo referente a lo económico ya, que se encuentra imposibilitado para trabajar debido a la amputación supracondilea a la que fue sometido se encuentra ansioso por que la responsabilidad financiera quedará por completo a su esposa. Ahora cuenta con la ayuda de sus compañeros de trabajo y pasa poco tiempo solo ya que siempre esta acompañado por alguien, el paciente habla claro, es coherente, usa lentes de armazón y tiene una buena audición.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS:

Es católico con valores familiares como son la honestidad, el respeto, la confianza, el paciente, trae consigo una cadena de la virgen de Guadalupe como muestra de su fe.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

El paciente no trabaja actualmente, anteriormente se desempeñaba como chofer de un microbús al cual le dedicaba 9hrs de trabajo; actualmente él depende

económicamente de su esposa la cual se hace cargo de todos los gastos del hogar. El estado emocional del paciente es irritable el cual es manifestado por enojo, aislamiento ya que no afronta la pérdida de su miembro pélvico izquierdo éste estado de animo es por ratos, ya que en otros se encuentra muy tranquilo.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

No realiza actividades recreativas, aunque existen recursos en su comunidad para hacerlo rechaza estas, demostrando apatía, se observa deprimido por la pérdida que sufrió.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE:

El paciente tiene nivel de secundaria terminada, no tiene problemas de aprendizaje, le gusta leer libros de terror, , tiene una memoria íntegra (retrograda y ante retrograda).

El paciente no conoce los aspectos generales y específicos de su enfermedad, (Diabetes Mellitus tipo II), así como los factores de riesgo con relación al tratamiento que se le realizó.

(Ver en el Anexo No. III el instrumento de Valoración de Virginia Henderson)

5.3. DIAGNOSTICOS

REALES:

- Deterioro de la imagen corporal
- Deterioro de la Movilidad Física
- Estreñimiento
- Impotencia
- Baja autoestima situacional

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:

- Deterioro de la Integridad Cutánea.

DE RIESGO:

- Riesgo de Caídas.

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

LISTA DE DATOS SIGNIFICATIVOS	ANÁLISIS Y AGRUPACIÓN DE DATOS CON SUS DEDUCCIONES	DX. ENFERMEROS Y PROB. INTERDEP.	ASIGNACIÓN DEL NOMBRE Y FACTORES RELACIONADOS
<p><u>NUTRICION E HIDRATACIÓN:</u></p> <p>Dieta normal 3 comidas diarias Estreñimiento Mucosas hidratadas. Dentadura completa. No realiza ejercicio Ulcera profunda Eritema Lesión ampulosa.</p>	<p>Paciente que lleva una dieta. basada en carnes, lácteos, pas- Tas, leguminosas, realiza tres Comidas diarias, el paciente Dice presentar estreñimiento El cual corrige con la ingesta Fibra, hábitos intestinales de 1 vez por día, con heces de consistencia dura y de color café. El paciente no realiza ninguna actividad física debido a la falta de miembro pélvico derecho</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO ENFERMERO REAL</p>	<p>Estreñimiento relacionado con la actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares, aporte insuficiente de fibra y líquidos, manifestado por cambios en el patrón intestinal, eliminación de heces duras, secas y formadas; y dolor abdominal.</p>

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS	ANÁLISIS Y GRUPO DE DATOS Y SU DEDUCCIÓN	DX. ENFERMEROS Y PROB. INTERDEP	ASIGNACIÓN DEL NOBRE Y FACTORES RELACIONADOS.
<p><u>MOVER Y MANTENER BUENA POSTURA.</u></p> <p>El paciente no realiza ninguna actividad física en tiempo libre, descansa, tiene fuerza muscular y esquelética.</p> <p>Buena flexibilidad</p> <p>Posturas diversas en cama.</p> <p>No camina</p> <p>Dolor en muñón</p> <p>Apoyo físico con muletas y silla de ruedas</p>	<p>Paciente masculino de 45 años de edad no realiza ningún tipo de actividad física cotidiana, ni en su tiempo libre, descansa todos los días , tiene buena fuerza y tono muscular y buena flexibilidad, adquiere diversas posturas acostado, no deambula con ningún tipo de apoyo, presenta dolor en muñón, el paciente se encuentra, Consciente, orientado.</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO ENFERMERO REAL</p>	<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con la perdida de la continuidad en las estructuras óseas, manifestado por la renuncia al iniciar el movimiento por el estado de humor depresivo, y centrar la atención en la actividad previa a la discapacidad.</p>

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS	ANÁLISIS Y GRUPO DE DATOS Y SU DEDUCCIÓN	DX. ENFERMEROS Y PROB. INTERDEP	ASIGNACIÓN DEL NOBRE Y FACTORES RELACIONADOS.
<p><u>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:</u></p> <p>Familia</p> <p>En situaciones de urgencia hay nerviosismo.</p> <p>Medias de prevención de accidentes en el hogar y el trabajo.</p> <p>Revisiones medicas periódicas.</p> <p>Situaciones de tensión.</p> <p>Casa prestada, habitada por 4 integrantes.</p> <p>Características físicas de la casa.</p> <p>Dispositivos de apoyo en casa.</p> <p>Proteccionescotra caídas.</p>	<p>Paciente masculino de 45 años que habita en una casa prestada con todos los servicios intra y extra domiciliarios, en la casa habitan 4 habitantes (él , esposa e hijos), los cuales en situaciones de urgencia refieren nerviosismo y acuden a centros de atención más cercanos, conocen las medidas de prevención de accidentes en el hogar como son prevenir caídas, entre otras, en el trabajo como choques. El paciente realiza controles periódicos de salud sólo cuando tiene consultas.</p> <p>El paciente corre el riesgo sufrir caídas o accidentes en el hogar.</p>	<p>DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO</p>	<p>Riesgo de caídas relacionado con la presencia de silla de ruedas, prótesis en la extremidad inferior derecha, y deterioro de la movilidad física.</p>

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS	ANÁLISIS Y GRUPO DE DATOS Y SU DEDUCCIÓN	DX. ENFERMEROS Y PROB. INTERDEP	ASIGNACIÓN DEL NOBRE Y FACTORES RELACIONADOS.
<p><u>NECESIDAD DE COMUNICARSE</u></p> <p>Paciente de 45 años Casado Familia de 4 integrantes. Amigos Comunicación de ciertos padecimientos Comunicación con las demás personas Coherente Lenguaje entendible Casi nunca esta solo Preocupación por lo económico.</p>	<p>Paciente de 45 años que lleva 20 años de casado, tiene 2 hijos, uno de 18 y otro de 15 años. Los padecimientos que presenta respecto a su enfermedad solo los comunica a su esposa y a sus amigos, la comunicación con las demás personas es muy poca ya que el paciente se encuentra irritable. Dice tener preocupación por lo económico ya que ahora la responsabilidad va a quedar por completo a su esposa, aunque cuenta con la ayuda de sus amigos. Habla claro, es coherente, usa lentes de armazón.</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO ENFERMERO REAL</p>	<p>Impotencia relacionada con el tratamiento quirúrgico de su enfermedad, manifestado por expresiones de insatisfacción y frustración por la incapacidad para realizar tareas y actividades previas; y por la expresión de duda respecto al desempeño del rol.</p>

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS	ANÁLISIS Y GRUPO DE DATOS Y SU DEDUCCIÓN	DX. ENFERMEROS Y PROB. INTERDEP	ASIGNACIÓN DEL NOBRE Y FACTORES RELACIONADOS.
<p><u>NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</u></p> <p>Masculino de 45 años Actualmente no trabaja Anteriormente estaba satisfecho con su trabajo ya que le ayudaba a cubrir sus necesidades básicas y las de su familia Irritable Perdida de una parte del cuerpo Tranquilo.</p>	<p>Masculino de 45 años que actualmente no trabaja ya que le falta el miembro pélvico derecho, anteriormente trabajaba de chofer de un microbús al cual le dedicaba 9hrs., de trabajo, con el cual se sentía satisfecho ya que podía cubrir sus necesidades básicas y las de su familia, actual mente el paciente se encuentra irritable ya que afronta la perdida de una parte del cuerpo en especifico el pie derecho, ya que en otros momentos se encuentra tranquilo.</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO REAL</p>	<p>Baja autoestima situacional relacionado con la perdida de su miembro inferior derecho, el cual le impedirá realizar su trabajo.</p>

DIAGNOSTICOS ELABORADOS DEACUERDO AL FORMATO PES

Conocimientos Deficientes: relacionado con la mala interpretación de la información, por la falta de interés en el aprendizaje y por la poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por un seguimiento inexacto de las instrucciones.

Deterioro de la integridad cutánea: relacionado con las alteraciones del estado metabólico como es la ulcera secundaria, la cual se manifiesta por la destrucción de las capas de la piel, cianosis en pie derecho, pulsos poco palpables y edema.

Estreñimiento: relacionado con la actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares, aporte insuficiente de fibra y líquidos, manifestado por cambios en el patrón intestinal, eliminación de heces duras, secas y formadas; y dolor abdominal.

Deterioro de la movilidad física: relacionado con la pérdida de la continuidad en las estructuras óseas, manifestado por la renuncia al iniciar el movimiento por el estado de humor depresivo, y centrar la atención en la actividad previa a la discapacidad.

Riesgo de caídas: relacionado con la presencia de silla de ruedas, prótesis en la extremidad inferior derecha, y deterioro de la movilidad física.

Impotencia: relacionada con el tratamiento quirúrgico de su enfermedad, manifestado por expresiones de insatisfacción y frustración por la incapacidad para realizar tareas y actividades previas; y por la expresión de duda respecto al desempeño del rol.

5.5. EJECUCIÓN

5.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION SALVADOR SUBIRAN
ESCUELA DE ENFERMERIA MARIA ELENA MAZA BRITO**

**INTERVENCIÓN
INICIAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: H. M. O.

CAMA: 202

DX. ENFERMERIA: Deterioro de la imagen Corporal manifestado por baja autoestima.

FECHA: ABRIL 05

OBJETIVO GENERAL: Ayudar al paciente a tener una percepción positiva de sí mismo en lo referente a su imagen corporal.

FECHA / HORA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS.
1-04-05 12:00pm	Mejorar la autoestima del paciente Que el paciente se acepte a sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar apoyo emocional al paciente, brindándole confianza y seguridad. ✓ Potenciación de la imagen corporal, aceptándose y revalorándose. ✓ Potenciación de la seguridad. ✓ Apoyo familiar, habando con la familia para que lo apoye. ✓ Motivar al paciente a realizar ejercicio para adquirir movilidad con su prótesis. ✓ Dar esperanza. , Brindando confianza en sí mismo. ✓ Aceptabilidad de la enfermedad. 	<p>El paciente empieza aceptar su enfermedad y su situación actual.</p> <p>Esta aprendiendo a aceptar su cuerpo.</p> <p>Elevación de la autoestima. Muestra seguridad el paciente.</p>

**INSTITUTO NACIONAL DE CIRNCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR SUBIRAN.
ESCUELA DE E3NFERMERIA MARIA ELENA MAZA BRITO.**

INTERVENCIÓN I

NOMBRE DEL PACIENTE: H. M. O.

CAMA: 202

.DX. ENFERMERIA: Deterioro de la movilidad física relacionado con la perdida de la continuidad en las estructuras óseas, manifestado por la renuncia al iniciar el movimiento por el estado de humor depresivo, y centrar la atención en la actividad previa a la discapacidad.

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el paciente deambule por sí sólo.

FECHA/ HORA.	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS
21-04-05 10:30am	El paciente asistirá a rehabilitación para ejercitarse. Que el paciente adquiera fuerza muscular y movilidad para la deambulación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar el ejercicio, haciendo conciencia de que tiene que moverse. ✓ Dar seguridad al paciente, mediante la confianza. ✓ Realizar terapia de ejercicios activos para la deambulación, y para mantener el equilibrio. ✓ Terapia de ejercicios de movilidad de articulaciones. ✓ Realizar ejercicios de extensión. ✓ Manejo y control del peso según sus necesidades caloricas. ✓ Manejo del dolor, con analgésicos. ✓ Prevención de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente realizo sus actividades de la vida diaria con la ayuda de su prótesis y dispositivos de apoyo. ✓ Logro la deambulación con su prótesis en pie izquierdo. ✓ El paciente adquirió mayor movilidad para la de ambulación. ✓ Obtuvo mayor resistencia en pie derecho.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION SALVADOR SUBIRAN
ESCUELA DE ENFERMERIA MARIA ELENA MAZA BRITO

INTERVENCIÓN II

NOMBRE DEL PACIENTE: H. M. O.

CAMA: 202

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionado con la actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares, aporte insuficiente de fibra y líquidos, manifestado por cambios en el patrón intestinal, eliminación de heces duras, secas y formadas; y dolor abdominal.

OBJETIVO GENERAL: Resolver el problema de estreñimiento en el paciente.

FECHA/ HORA	OBJETVOS	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS
<p>15-04-05 8:00am</p>	<p>Mejorar la eliminación de evacuaciones intestinales del paciente y su frecuencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar al paciente a que realice ejercicio, para ayudar a mejorar la eliminación. ✓ Manejo de la nutrición ✓ Aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra, ya que absorbe líquido en cantidades mayores a su propio peso y esto ayuda a mantener la materia fecal suelta y previene el estreñimiento. * ✓ Manejo de líquidos y electrolitos, tomando 2 litros de agua diarios. ✓ Vigilar las características de las heces y periodos de eliminación.. ✓ Aplicación de enemas evacuantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Él paciente se encuentra hidratado ✓ Mejoro la eliminación intestinal ✓ Se controlo el síntoma del estreñimiento. ✓ Mejoró los hábitos alimenticios y los hábitos de eliminación.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION SALVADOR SUBIRAN
ESCUELA DE ENFERMERIA MARIA ELENA MAZA BRITO

INTERVENCIÓN III

NOMBRE DEL PACIENTE: H. M. O.

CAMA: 202

DX. ENFERMERIA: Conocimientos deficientes relacionado con la mala interpretación de la información, por la falta de interés en el aprendizaje y por la poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por un seguimiento inexacto de las instrucciones.

OBJETIVO GENERAL: Explicar al paciente sobre la enfermedad que padece, sus complicaciones y los cuidados que debe tener sobre su persona, para evitar estas.

FECHA/ HORA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS
28-03-05 15:00pm	<p>Que el paciente escriba las complicaciones que puede tener según su patología.</p> <p>El paciente nombrara los cuidados que debe tener para evitar complicaciones y posibles riesgos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñanza al paciente y familia sobre su enfermedad. ✓ Enseñar sobre el proceso de la enfermedad. ✓ Motivar al paciente para que este muestre interés si mismo, brindándole confianza. ✓ Enseñar al paciente y familia sobre el manejo de los factores de riesgo y como evitarlos, como puede ser: <ul style="list-style-type: none"> + El cuidado de los pies +El llevar una dieta adecuada. +Llevar un control metabólico de glicemias. +Llevar acabo el tratamiento medico. 	<p>Él paciente conoce sobre su enfermedad.</p> <p>Él paciente tiene conocimientos y sabe la importancia de la asistencia médica.</p> <p>El paciente mostró interés hacia su enfermedad y salud.</p>

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR SUBIRÁN
ESCUELA DE ENFERMERÍA MARÍA ELENA MAZA BRITO

INTERVENCIÓN IV

NOMBRE DEL PACIENTE:

CAMA: 202

DX. ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con las alteraciones del estado metabólico como es la úlcera secundaria, la cual se manifiesta por la destrucción de las capas de la piel, cianosis en pie derecho, pulsos poco palpables y edema.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la integridad cutánea del paciente

FECHA / HORA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS
18-04-05 10:15am	Realizar curaciones al paciente en la úlcera. Proteger la piel contra lesiones. Vigilar cambios en la piel del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar cuidados generales en la piel, como es la lubricación, entre otros. ✓ Tratamiento con tópicos (pomadas, spray, protectores cutáneos.) ✓ Proteger heridas contra infecciones, cubriéndolas, aseándolas, etc. ✓ Vigilar cambios en la piel como son cambios isquémicos, que se manifiestan por descenso en la temperatura, cambios de coloración, alteraciones ungueales y disminución o ausencia de pulsos. ✓ Valoración de sensibilidad y fuerza muscular. ✓ Alteraciones en la mecánica del pie que se expresan por puntos de apoyo anormales y 	Disminuyo la úlcera que presenta en pie derecho. Protege la piel contra lesiones cutáneas. Realiza revisiones periódicas con el médico Realiza revisiones periódicas de los pies. Acude a clínica de estomas para revisión de su úlcera en pie derecho.

		<p>disminución en los arcos del movimiento articular.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Presencia de cambios cutáneos, como soluciones de continuidad, fisuras y signos de micosis.✓ Cuidar de que no se formen más úlceras por presión.✓ Apoyar al paciente en su higiene personal.✓ Valorar el tipo y estadio de la úlcera que presenta el paciente en el pie derecho, en coordinación con la clínica de estomas.✓ Mantener la integridad cutánea de las demás partes del cuerpo.	
--	--	---	--

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION SALVADOR SUBIRAN
ESCUELA DE ENFERMERIA MARIA ELENA MAZA BRITO**

INTERVENCIÓN V

NOMBRE DEL PACIENTE: H. M. O.

CAMA: 202

DX. ENFERMERIA: Riesgo de Caídas relacionado con la presencia de silla de ruedas, prótesis en la extremidad inferior derecha, y deterioro de la movilidad física.

OBJETIVO GENERAL: Prevenir de lesiones y caídas al paciente.

FECHA / HORA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS
31-04-05 12:30pm	Incrementar el uso de dispositivos de ayuda. Prevenir caídas y lesiones físicas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogar sobre caídas previas. ✓ Conocer las necesidades del paciente en lo referente a la movilidad. ✓ Dar a conocer al paciente y familia los diversos dispositivos de ayuda que les pueden ser útiles. (Andadera, muletas, silla de ruedas, bastón cuando utilice la prótesis.) ✓ Enseñar y ayudar al paciente a utilizar los dispositivos de ayuda. 	Mejoramiento de la deambulacion ya que utiliza los dispositivos de apoyo de acuerdo a su manejo.

5.6. EVALUACIÓN

El presente Proceso Atención Enfermero fue aplicado a un paciente con amputación supracondilea, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el cual llegó al servicio de urgencias por presentar fiebre, por lo que fue internado, se le realizó una valoración identificando necesidades de acuerdo a su padecimiento y por el tratamiento que se tubo que realizar como fue la amputación supracondilea, posterior a esta se realizaron los diagnósticos de enfermería aplicando un razonamiento diagnostico a cada una de las necesidades que presentaba el paciente, se propuso un plan de intervenciones realizando una planeación de actividades de acuerdo a cada diagnostico de enfermería, al llevar a cabo estas actividades con el paciente, se identifico que el paciente se encontraba deprimido e irritable por la situación en la que se encontraba ya que afrontaba la perdida de una extremidad de su cuerpo, en este caso la pierna derecha, por lo que poco a poco se fue avanzando hasta ganar la confianza del paciente, lo cual permitió realizar la mayoría de las actividades, logrando en el paciente la aceptación de su enfermedad y la perdida de su pierna, lo cual lo ayudo a tener una pronta recuperación por lo que fue dado de alta del hospital.

1. El paciente empieza aceptar su enfermedad y su situación actual.
2. El paciente aprenderá a aceptar su cuerpo.
3. Elevación de la autoestima
4. Seguridad
5. Realizara sus actividades de la vida diaria con la ayuda de su prótesis dispositivo de apoyo.
6. Lograr la de ambulación con la prótesis.
7. Adquirir mayor movilidad para la de ambulación
8. Obtener mayor resistencia en el pie de apoyo.

9. Hidratar al paciente
10. Mejorar la eliminación intestinal
11. Controlar el síntoma del estreñimiento.
12. Mejorar los hábitos alimenticios de eliminación.
13. Que el paciente tenga conocimientos sobre su enfermedad y sepa la importancia de la asistencia medica.
14. Que el paciente muestre interés por su salud.
15. Disminuir úlcera en pie derecho
16. proteger la piel contra lesiones cutáneas
17. realizar revisiones periódicas con el médico
18. Asistir a clínica de estomas para revisión de su ulcera en pie derecho.

De acuerdo a los resultados esperados con el paciente se pudo evaluar que la mayoría de estos se pudieron obtener conforme iba pasando el tiempo, ya que el paciente mostró interés por su enfermedad, mejoro sus hábitos alimenticios y de eliminación aprendió a utilizar los dispositivos de apoyo como son la silla de ruedas y la prótesis, algo muy importante es que se elevo su autoestima y mostró más seguridad.

5.7. PLAN DE ALTA

NOMBRE: Héctor Mejía Olmos

FECHA DE ADMISIÓN: 21 02 05 **FECHA DE ALTA:** 15 04 05 .-

INSTRUCCIONES DE ALTA:

FÁRMACOS:

NOMBRE Y DOSIS	HORA	INSTRUCCIONES
DOLAC 20mg tableta	Cada 8 horas	Solo en caso de dolor
Captopril 25mg	Cada 12 horas	Tomar por la mañana y en la noche.

NUTRICIÓN

Dieta Especial: Para diabético

Restricciones: dieta Baja en sales, grasas y poca carne, consumir verduras.

TRATAMIENTOS

Fuentes de equipo e instrucciones especiales: Realizar revisión periódica de los pies, realizar ejercicio como caminata con prótesis, proteger muñón contra lesiones.

Evaluación de Enfermería de alta.

Necesidades personales	Independiente	Necesita ayuda	independiente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se viste solo ✓ Baño ✓ Estado de la piel. 	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Hidratada</p>		
<p>Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Camina ✓ Encamado 		Si de prótesis y muletas.	
<p>Capacidad Sensoria</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anteojos ✓ Dispositivo Auditivo 		Si usa lentes de armazón.	
<p>Estado Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Confuso ✓ Alerta ✓ Orientado. 	Si		

VI. CONCLUSIONES

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus por lo cual es muy importante que como enfermeras sepamos las acciones que debemos realizar a cada uno de estos pacientes.

Aunque se han hecho muchos trabajos sobre Pie Diabético, todos son diferentes ya que no todos los pacientes responden de la misma manera ante la pérdida de su extremidad y de su rol social.

En este caso las acciones a realizar principalmente fueron elevar la autoestima del paciente, ayudarlo a enfrentar su etapa de duelo ante la pérdida de su pierna derecha, mejorar su calidad de vida, lo cual se pudo lograr con la ayuda del paciente, familia y grupo multidisciplinario.

ANEXOS

ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA

EXTREMIDAD INFERIOR

Cada una de las extremidades inferiores posee 30 huesos estos últimos abarcan el fémur en el muslo, rotula, tibia y peroné en la pierna y huesos del tarso, metatarsianos y falanges del pie.²⁹

FÉMUR:

El fémur se encuentra en el muslo y es el más largo, pesado y resistente del cuerpo (fig 2. Su extremo proximal se junta con el acetábulo del hueso coxal y el distal con la tibia y la rotula. La diáfisis del fémur se angula en sentido interno; como resultado, las articulaciones de la rodilla se hallan más cerca de la línea media. El ángulo de convergencia es mayor en mujeres porque la pelvis es más ancha.

El extremo proximal del fémur posee cabeza esférica, que se ensambla con acetábulo del hueso coxal en la articulación de la cadera. El ligamento de la cabeza del fémur une este hueso con acetábulo. El cuello femoral es una región más angosta que se sitúa de manera distal a la cabeza.³⁰

Los trocantes mayor y menor son prominencias que sirven como puntos de convergencia de tendones y de algunos músculos del muslo y glúteos. (Fig. 1.)

ROTULA:

Es un pequeño hueso triangular anterior a la articulación de la rodilla. Se trata de un hueso sesamoideo insertado en el tendón del músculo cuádriceps crural. Su extremo superior ancho se denomina base o borde superior ancho y el extremo

²⁹ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ªEd. Edit. OXFORD 2002, pag, 235.

³⁰ C.P. ANTHONY. ANATOMIA Y FISIOLÓGIA, 7ªEd. Edit, Interamericana, México1993, pag: 110.

inferior puntiagudo, vértice. La cara posterior contiene las carillas articulares interna y externa para los cóndilos femorales interno y externo. El ligamento rotulino une a la rotula a la tuberosidad anterior de la tibia. Las funciones de la rotula son aumentar el apalancamiento del tendón del cuadriceps crural para mantener la posición de este cuando se flexiona la rodilla, además de proteger su articulación.³¹. (fig. 2.)

TIBIA Y PERONE:

TIBIA.- Es el hueso más grande de la pierna, de posición interna y en el que se apoya el peso, se ensambla en su extremo superior con el fémur y el peroné y en el inferior con el peroné y el astrágalo. La tibia y el peroné están unidos por una membrana ínter ósea.

El extremo superior de la tibia se expande en los cóndilos internos y externo, estos se articulan con los cóndilos femorales para formar las articulaciones femorotibiales, interna y externa.³²

PERONE.- De posición paralela y externa a la tibia, es mucho menor que esta, su cabeza, en el extremo superior, se une con la cara inferior del cóndilo externo de la tibia en plano inferior a la articulación de la rodilla, con lo que se forma la articulación peroneo tibial proximal. El extremo inferior del peroné posee una prominencia, el maléolo externo, que se articula con el astrágalo y se palpa en la cara externa del tobillo. Como se señaló el peroné también se ensambla con la tibia en la escotadura peronea de este hueso. ³³. (fig. 3.)

³¹ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9°Ed. Edit. OXFORD 2002. PAG 235

³² TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9°Ed. Edit. OXFORD 2002, pag 236

³³ C.P. ANTHONY. ANATOMIA Y FISILOGIA, 7°Ed. Edit, Interamericana, México1993, pag: 110.

HUESOS TARSO, METATARSIANOS Y FALANGES.:

El *tarso* es la región proximal del pie y consta de 7 huesos del tarso (fig 4), entre estos se incluye el astrágalo y el calcáneo en la parte posterior del pie. El calcáneo es el hueso torzal más grande y resistente. Los otros huesos del tarso, de posición anterior son el cuboides, el escafoides y 3 huesos llamados primero, segundo y tercero cuneiformes. Se denomina articulaciones intertarsianas a las que se ubican entre los huesos del tarso.

Metatarso: es a región intermedia del pie y consta de 5 metatarsianos numerados del 1 al 5 del lado interno al externo, cada metatarsiano tiene base proximal, diáfisis intermedia y cabeza distal, se acoplan en sentido proximal con el cuneiforme primero a tercero y el cuboides y en las articulaciones tarso metatarsiano.³⁴

Falanges: son los componentes distales del pie, los dedos de los pies se enumeran del 1 al 5 a partir del dedo gordo, cada falange consiste también en base proximal, diáfisis intermedia y cabeza distal, el dedo gordo posee solo 2 falanges, la proximal y la distal. (Fig 4).

ARTICULACIONES DE CADERA Y RODILLA

Articulación de la cadera: Es una articulación esférica que forman la cabeza del fémur y el acetábulo del hueso coxal, sus componentes anatómicos son:

- **Cápsula articular:** es una cápsula densa y resistente que va del borde del acetábulo al cuello del fémur, es una de las estructuras más fuertes del cuerpo y consta de fibras longitudinales y circulares denominadas zona

³⁴ TORTORA- GRABOWSKI. *Anatomía y Fisiología*. 9ª Ed. Edit. OXFORD 2002, pag.238

orbicular estas ultimas, ya que forman un collar alrededor del cuello del fémur, las fibras longitudinales están reforzadas por ligamentos accesorios. Ilio femoral, pubio femoral e isquio femoral.³⁵

- **Ligamento Ilio femoral:** porción engrosada de la articulación que va de la espina iliaca anterior e inferior del hueso coxal a la línea intertrocantera del fémur.
- **Ligamento pubio femoral:** porción engrosada de la cápsula articular que se extiende de la porción pubica del borde del acetábulo al cuello del fémur.
- **Ligamento de la cabeza del fémur:** banda plan y triangular que se extiende de la fosa del acetábulo a la fovea de la cabeza del fémur.
- **Rodete acetabular:** borde fibrocartilaginoso del acetábulo que lo profundiza.
- **Ligamento trasverso del acetábulo:** ligamento resistente que cruza sobre la escotadura acetabular, brinda sostén y se une con el ligamento de la cabeza del fémur y la cápsula articular.

Se realizan movimientos de flexión, extensión, abducción y aducción, circunducción y rotación interna y externa del muslo.(fig 5).

³⁵ C.P. ANTHONY. ANATOMIA Y FISIOLOGIA, 7ªEd. Edit, Interamericana, México1993, pag: 110.

ARTICULACIONES DE LA RODILLA:

Es la más grande y compleja articulación del cuerpo humano y consiste en 3 articulaciones, incluidas en una sola cavidad sinovial: 1) Articulación fémur rotuliana intermedia entre la rotula y la cara rotuliana del fémur y es plana. 2) la articulación tibio femoral externa, que esta entre el condilo externo del fémur, menisco externo y condilo externo de la tibia, que es una articulación en bisagra modificada. 3) La articulación tibio femoral interna, que forma el condilo interno del fémur, el menisco interno y condilo interno de la tibia, la cual es una articulación en bisagra modificada..ⁱⁱ

MUSCULOS DEL FÉMUR

Los músculos de las extremidades inferiores son más grandes y potentes que los de los miembros superiores puesto que los primeros tienen funciones de estabilidad, locomoción y mantenimiento de la postura, la musculatura de las extremidades superiores se caracteriza por la flexibilidad de sus movimientos.

En las extremidades inferiores muchos músculos cruzan dos articulaciones y actúan por igual en ambas.³⁶

La mayoría del fémur de los músculos que mueven el fémur nacen en la ancha pélvica y se insertan en este hueso, el **psaos mayor e iliaco** tienen una inserción común y por lo regular se les considera como un solo músculo denominado **psaosiliaco**. Son tres los músculos glúteos. Mayor, mediano y menor. El glúteo mayor es el más grande y pesado de los tres; también es uno de los mayores del cuerpo. El glúteo mediano, su mayor parte se halla debajo del glúteo mayor, constituye un abductor potente del fémur en la cadera. El glúteo menor, es el más pequeño de los 3 y se ubica en el glúteo mediano.³⁷

³⁶ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ºEd. Edit. OXFORD 2002, pag:363

³⁷ IBIDEM

Tensor de la fascia lata se localiza en la cara externa del muslo, una capa de fascia profunda formada por tejido conectivo denso envuelve todo el músculo y recibe el nombre de fascia lata, se une a los tendones del tensor de la fascia lata y el glúteo mayor para formar la estructura llamada **cintilla**, cinta o ligamento Ilio tibial, que se inserta en el condilo externo de la tibia.³⁸

Los músculos piramidales de la pelvis, obturadores interno y externo, geminos superior e inferior y cuadrado crural se ubican en posición profunda al glúteo mayor y funciona como rotadores externos del fémur de la cadera.

Los músculos aductores mediano, menor y mayor están en la cara interna del muslo, se originan en el pubis y se insertan en el fémur. Los 3 generan movimientos de aducción, flexión y rotación interna del fémur en la cadera, el pectíneo solo los de aducción y flexión de dichos huesos.³⁹

Los músculos que actúan sobre el fémur reciben inervación de las fibras derivadas de los plexos lumbares y sacros. De manera específica el psoas mayor recibe fibras de los nervios lumbares L2 y L3; el iliaco y el pectíneo, del nervio crural, el glúteo mayor, del nervio glúteo inferior o ciático menor; los glúteos mediano o menor así como el tensor de la fascia lata, del nervio glúteo superior, el piramidal de la pelvis, de los nervios sacro S1 o S2, principalmente de S1.

Los músculos actúan tanto en el fémur como en la tibia y el peroné, están separados por la fascia profunda en compartimientos interno, anterior y posterior.

³⁸ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ª Ed. Edit. OXFORD 2002, pag:364

³⁹ IBIDEM

El compartimiento interno o abductor recibe tal nombre porque sus músculos llevan al fémur a la abducción en la cadera.⁴⁰

El recto interno es otro músculo de este compartimiento que no solo participa en la aducción del músculo sino que también flexiona la pierna en la rodilla. Se trata de un músculo largo en forma de franja situado en la cara interna del músculo y la rodilla.

El compartimiento anterior o extensor se denomina así porque sus músculos extienden la pierna además de flexionar el músculo, lo componen el cuadriceps crural y el sartorio.⁴¹

El músculo cuadriceps crural es el mayor del cuerpo y cubre casi toda la cara anterior y los lados del muslo, se trata de un músculo compuesto por 4 componentes: **1)** recto anterior del músculo, **2)** vasto externo, en la interna y **3)** vasto interno, **4)** crural, situado debajo del recto anterior del músculo entre los vastos. El tendón común de los 4 músculos se llama tendón de **cuadriceps crural**, y se inserta en rotula. Prosigue en dirección inferior a esta con el nombre de **ligamento rotuliano** y se inserta en el tubérculo anterior de la tibia. EL **cuadriceps crural** constituye el gran músculo extensor de la pierna. ⁱⁱⁱ

El **sartorio** es un músculo angosto y largo que forma un banda en el músculo. El **compartimiento posterior o flexor** se llama así porque sus músculos flexionan la pierna, lo componen 3 músculos denominados **tendones de la corva: 1) bíceps**

⁴⁰ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ºEd. Edit. OXFORD 2002, pag:364

⁴¹ BIDEM, PAG 366

crural, 2) semitendinoso, 3) semimembranoso, sus tendones en el área poplitea, son largos y angostos.⁴²

Los músculos que actúan en el fémur, la tibia y el peroné reciben fibras de los nervios obturador y crural, derivados del plexo lumbar y del nervio ciático que se origina en el plexo sacro. (fig 9 y 10).

Los músculos intrínsecos se originan e insertan dentro del pie, estos se limitan al apoyo del peso y a la locomoción. La fascia profunda del pie se extiende desde los calcáneos hasta las falanges de los dedos. Esta estructura brinda sostén al arco longitudinal del pie y envuelve sus tendones flexores. Los músculos intrínsecos del pie se dividen en 2 grupos: dorsal y plantar.

Hay un solo músculo dorsal **el pedio o extensor corto** de los dedos del pie, consta de 4 partes y está por debajo de los tendones del extensor común de los dedos.

Los músculos plantares están puestos en 4 capas: la primera capa es superficial que incluye músculo abductor del dedo gordo, flexor corto plantar, que se encuentra en el centro de la planta del pie y flexiona los dedos del 2° al 5° en las articulaciones interfalángicas y metatarso falángicas, abductor del dedo pequeño ubicado en el borde externo de la planta se encarga de la abducción del 5° dedo.

La segunda capa incluye músculo cuadrado plantar rectangular, flexiona los dedos y los lumbricales ubicados en el borde extremo plantar.

La tercera capa está compuesta por el **flexor corto del dedo gordo** adyacente a la cara plantar del metatarsiano de dicho dedo, **abductor del dedo gordo y flexor corto del dedo pequeño**.

La cuarta capa es la más profunda y comprende los dedos intrínsecos del pie.⁴³

⁴² IBIDEM

⁴³ TORTORA- GRABOWSKI. *Anatomía y Fisiología*. 9° Ed. Edit. OXFORD 2002,

Los músculos intrínsecos del pie reciben nervios derivados del plexo sacro. Al pie llegan fibras del tibial anterior al abductor del dedo gordo y el flexor corto plantar tienen fibras del nervio plantar interno, al abductor del dedo pequeño, accesorio del flexor largo.

Las extremidades inferiores reciben sangre de las iliacas primitivas (arterias derecha e izquierda) y estas a su vez se dividen en arterias iliacas interna y externa.

La iliaca externa se convierte en arteria femoral en el muslo y arteria poplitea en plano posterior a la rodilla y se dividen en arterias tibiales anterior y posterior en la pierna.

La sangre de las extremidades inferiores drena a través de las venas profundas y superficiales. Las primeras con frecuencia se anastomosan con las profundas en su trayectoria. Casi todas las venas profundas y estos conductos venosos tienen válvulas.

VENAS SUPERFICIALES:

Safena interna son las más largas del cuerpo y ascienden desde el pie hasta la ingle en el tejido subcutáneo. La safena interna tiene un trayecto anterior hacia el maléolo interno y luego superior por la cara medial de la pierna y el muslo debajo de la piel.

Recibe tributarias de tejidos superficiales y se conectan también con venas profundas, desemboca en la vena femoral, a la altura de la ingle, drena la cara interna de la pierna y el muslo, la ingle, los genitales externos y la pared abdominal.⁴⁴

⁴⁴ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología. 9ª Ed. Edit. OXFORD 2002, pag: 729.

Safenas Externas comienzan en la porción lateral de los arcos venosos dorsales del pie, siguen su trayecto posterior al maléolo externo y ascienden en plano profundo a la piel por la cara posterior de la pierna, se vacía en las venas popliteas.

VENAS PROFUNDAS:

Venas tibiales posteriores resultan de la unión de las venas plantares externa e interna} por detrás del maléolo interno, recibe sangre de las venas peroneas que captan el flujo de los músculos de la cara externa y posterior de la pierna. Las tibiales anteriores se unen a las tibiales posteriores y forman las venas popliteas.

Venas tibiales anteriores nacen en el arco venoso dorsal y acompañan a las arterias homónimas. La tibial anterior asciende a la membrana ínter ósea que une a la tibia con el peroné y forma la vena poplitea al integrarse a la tibial posterior. La tibial anterior drena las articulaciones del tobillo, la rodilla y el peroné tibial así como la cara anterior de la pierna.⁴⁵

⁴⁵ TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ºEd. Edit. OXFORD 2002, pag:730.

II. FISIOPATOLOGÍA

PIE DIABETICO

El pie diabético es una grave complicación de la Diabetes Mellitus que puede mutilar al paciente, ocasionarle incapacidad temporal o definitiva y que por su evolución prolongada representa un alto costo de tratamiento.⁴⁶

Son muchos los factores que participan en la génesis del pie diabético, y actúan en conjunto para originar la fragilidad particular de los pies del paciente con diabetes. Los tres elementos principales en este proceso son: neuropatía, alteraciones vasculares y procesos infecciosos. La presencia y participación de estos tiene importancia variable, pero en la mayoría de los casos la neuropatía es el factor predominante. Es necesario subrayar que un porcentaje significativo de los problemas en el pie diabético va precedido por un cuidado inadecuado del pie.(Cuadro 1).⁴⁷

La neuropatía periférica en el pie diabético tiene múltiples consecuencias. La neuropatía motora origina un desequilibrio entre los distintos grupos musculares que dan la forma y mecánica normal al pie; es frecuente que predomine el tono extensor sobre el flexor, lo cual ocasiona deformidades que se conocen como dedos en martillo.⁴⁸

⁴⁶ MARTINEZ, Rafael. PIE DIABÉTICO , Atención Integral McGrawHill, México 1999, pag: 9.

⁴⁷ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag.258

⁴⁸ IBIDEM

Esta alteración mecánica hace se ejerza una presión muy importante sobre puntos de presión anómalos durante la marcha.

A demás, el compromiso de la sensibilidad impide que el paciente reconozca el aumento en la intensidad del traumatismo y adecue su pisada. Por ultimo, la neuropatía autónoma produce cambios vasomotores, con disminución en la sudación y la consecuente resequedad de la piel que favorece la aparición de fisuras que facilitan la penetración de bacterias y hongos.⁴⁹

La enfermedad vascular periférica ocasiona isquemia que se traduce en claudicación intermitente, úlceras y, en el grado extremo, necrosis distal. Ya se demostró el daño vascular aterosclerótico con estudios histopatológicos y suele ser muy extenso.⁵⁰

Los factores involucrados en mayor y menor magnitud en el desarrollo de úlceras del pie en pacientes diabéticos son la neuropatía, la angiopatía, el inmunocompromiso, el retorno venoso disminuido y, desde luego, el traumatismo externo que lo desencadena.

NEUROPATÍA: Diabética periférica puede ocasionar una pérdida total o parcial de la sensibilidad en el pie o la extremidad. La neuropatía impide al diabético toda percepción fina. Cualquier corte o traumatismo puede pasar inadvertido por días o semanas y no es raro que el paciente refiera que la lesión acaba de aparecer.⁵¹ No hay cura para la neuropatía, pero el control estricto de glucemia disminuye su progresión

⁴⁹ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003.

pag:259

⁵⁰ IBIDEM

⁵¹ ⁵¹ MARTINEZ, Rafael. PIE DIABÉTICO , Atención Integral McGrawHill, México 1999, pag:12

La neuropatía puede afectar la inervación de los pequeños músculos intrínsecos del pie y disminuir la sensibilidad y percepción del dolor.⁵²

ANGIOPATÍA: La enfermedad micro vascular es un problema significativo para los pacientes diabéticos y también puede coadyuvar a las úlceras de pie. La diabetes es conocida como una enfermedad de pequeños vasos.

La mayoría de las consecuencias de la obliteración micro vascular no pueden ser corregidas con procedimientos quirúrgicos por lo que es importante mantener un control estricto de glucemia, de peso y dejar de fumar para disminuir la disminución de la microangiopatía. La arteriosclerosis es más frecuente en diabéticos.⁵³

Los procesos infecciosos casi siempre participan en los cambios del pie diabético. Muchas veces pasan inadvertidos hasta que la infección es extensa. En estos casos la evolución usual inicia con la aparición de fisuras cutáneas como consecuencia de una micosis a la que luego se agrega una infección bacteriana que se extiende con facilidad en el pie isquémico. La infección suele ser de etiología múltiple, los agentes patógenos más frecuentes son los estafilococos, estreptococos y algunos agentes Gram. Negativos como Echerichia Coli. Una vez que

se inicia el proceso séptico, su evolución clínica se caracteriza por un comportamiento más agresivo .⁵⁴

⁵² MARTINEZ, Rafael. PIE DIABÉTICO , Atención Integral McGrawHill, México 1999, pag:12

⁵³ IBIDEM, pag: 12 y 13

⁵⁴ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 260

La obesidad, la hipertensión, el tabaquismo y las hiperlipidemias, elevan el riesgo de complicaciones en los pies de los diabéticos por su capacidad para favorecer la insuficiencia vascular periférica.

Cuadro No. 1

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ADVERTENCIA EN EL PIE DIABETICO

	SÍNTOMAS	SIGNOS
VASCULARES	<p>Pies fríos</p> <p>Claudicación intermitente en la pantorrilla del pie</p> <p>Dolor en reposo, nocturno que se alivia al colgar la extremidad</p>	<p>Pulsos pedios o femorales ausentes.</p> <p>Rubor al bajar la extremidad y palidez con la elevación</p> <p>Tiempo de llenado capilar prolongado</p> <p>Disminución de la temperatura de la piel</p>
NEUROLÓGICOS	<p>SENSITIVOS: ardor, hormigueo, dolor e hipersensibilidad, pies fríos</p> <p>MOTORES: Debilidad</p> <p>AUTÓNOMOS: Disminución de la sudación</p>	<p>SENSITIVOS: déficit vibratorio y propioceptivo, hiperestesia</p> <p>MOTORES: reflejos disminuidos o ausentes</p> <p>AUTÓNOMOS: sudación disminuida o ausente</p>
MUSCULOESQUELETICOS	<p>Cambio en la forma del pie, edema</p>	<p>Pie cavo con dedos en garra, caída del pie</p>
DERMATOLÓGICOS	<p>Heridas dolorosas e indoloras, cicatrización lenta, necrosis</p>	<p>Resequedad anormal, infecciones crónicas por hongos.</p>

Tomado de: Scardina RJ. Diabetic foot problemas. PIE DIABÉTICO, CUIDADO INTEGRAL, PAG: 19

CLASIFICACION DEL PIE DIABETICO

Para tratar de comprender el pie diabético se busca una clasificación sencilla, comprensible para el personal médico y no médico, flexible para adecuarla a cualquier caso individual que facilite la opción quirúrgica, más oportuna y menos progresiva y más o menos que se ajuste a las recomendaciones de las Asociación Americana de Diabetes para los estándares de manejo como son determinar su etiología, su tamaño y su profundidad, identificar los daños a las estructuras vecinas, el grado de celulitis y las fluctuaciones del tejido periférico y evaluar los sistemas vasculares, nervioso y sistémico.⁵⁵

Existe una gran variedad de clasificaciones de las lesiones en el pie del paciente diabético desde la más simple, como la de lesiones complicadas y no complicadas, hasta la más compleja. La clasificación de Seattle, establece 10 grados. 1) ausencia de lesiones y 10) gangrena del pie o de la pierna, poco conocida, muy meticulosa.⁵⁶

La clasificación de Gibbns divide a las úlceras en leve, moderada y grave.

Cuadro No. 2
CLASIFICACIÓN DE GIBBNS

LEVE	Superficial, sin celulitis, sin afección ósea
MODERADA	Profunda, con posible afección ósea, entre 0 y 2 cm periféricos de celulitis
GRAVE	Profunda, con afección articular u ósea, secreción purulenta.

PIE DIABÉTICO, CUIDADO INTEGRAL. Pag: 21

⁵⁵ MARTINEZ, Rafael. PIE DIABÉTICO , Atención Integral McGrawHill, México 1999, pag:21

⁵⁶ IBIDEM

La clasificación de Wagner es la más conocida y aplicada en un gran número de artículos, pero también la más olvidada en los últimos tres años de acuerdo con una recopilación que realizaron los autores del sistema de Medline., reúne características de sencillez y flexibilidad, pero no establece separaciones en cuanto etiología.⁵⁷

Algunos autores deducen que los grados I, II, III, son de origen neuropático y que los grados IV Y V son de etiología vascular, aunque en la práctica se observan lesiones de grado V de franca etiología neuroinfecciosa y lesiones de los grados I Y II con estigmas vasculopáticos. Los términos necrosis y gangrena no dan lugar a estados intermedios que es necesario identificar para tomar decisiones menos radicales.⁵⁸

La clínica del pie Diabético del Hospital General de Tampico se inició en enero de 1995 bajo la siguiente definición de pie diabético: es una de las complicaciones de la Diabetes Mellitus que se caracteriza por manifestaciones tróficas relacionadas con isquemia de los tejidos, trastornos neuropáticos o con ambos, que asociados a un traumatismo ya a la infección condicionan necrobiosis.⁵⁹

A partir de toda la información precedente, el mismo grupo médico del hospital protocolizó una clasificación que toma en cuenta los criterios de Gibbins para tamaño, profundidad y celulitis periféricas, se constituyó una clasificación de las lesiones con un nombre (A, B, C) y un apellido (angiopático, neuropático y mixto) como un sistema binario.

⁵⁷ MARTINEZ, Rafael. PIE DIABÉTICO , Atención Integral McGrawHill, México 1999, pag

⁵⁸ IBIDEM

⁵⁹ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 260

Cuadro No. 3 CLASIFICACION DE WAGNER

I AGUDO	Pie con traumatismo leve a moderado, sin herida, rojo, caliente, tumefacto y radiografía normal
II DISOLUCIÓN	Dos o tres semanas después, la temperatura es normal, en la radiografía se observan huesos en disolución y fragmentación
III DEFORMIDAD	Fracturas y colapso de las articulaciones provocan caída del arco del pie y deformidad.
IV ULCERACIÓN	Al aumentar la presión en ciertos puntos: hiperqueratosis, hemorragia, necrosis, ulceración, infección.

Adaptado de Sims D y Col. Risk factors in the diabetic foot, Physther.

PIE DIABETICO, CUIDADO INTEGRAL, Pag: 22

**Cuadro No. 4 CLASIFICACION GENERAL DEL HOSPITAL DE
TAMPICO**

TIPO DE LESION	CARACTERISTICAS	FACTOR PREDOMINANTE	DATOS CLINICOS
A	Lesión superficial sin celulitis y sin presión ósea	Angiopático	Dolor en reposo flebitis, piel fría
B	Lesión profunda hasta con 2cm periféricos de celulitis y compromiso ósea probable	Neuropático	Hiperestesia, cambios en la forma del pie reflejos alterados.
C	Lesión que incluye todos los planos más de 2cm periféricos	mixto	Abscesos profundos, necrosis avanzada

DIAGNOSTICO

El diagnostico posible de osteomielitis es difícil de evaluar en el paciente diabético, excepto por los caos en los que el hueso está expuesto o en los que se puede demostrar con un estilete la continuidad entre una lesión de la piel y el hueso, situaciones en la que ya se demostró que el hueso debe considerarse infectado también, el diagnostico de osteomielitis solo puede establecerse mediante estudios de gabinete. Las radiografías convencionales son un método específico pero muy poco sensible, por el contrario, la gammagrafía es poco específica. En los últimos 10 años se ha acumulado mucha experiencia con la **RESONANCIA MAGNETICA**.⁶⁰

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

Es indispensable valorar la gravedad de un problema particular en el pie del diabético, para tomar las medidas terapéuticas correctas. Una decisión primordial es decidir entre tratamiento ambulatorio y el ingreso al hospital. Si bien no existen reglas establecidas para tomar esta decisión, los siguientes principios sirven como guía.⁶¹

- Los problemas del pie diabético suelen ser más graves de lo que aparentan.

⁶⁰ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 264

⁶¹ BIDEM PAG :262

- La valoración del enfermo como un todo, sin concentrar la atención y cuidados solo en el pie, permite tomar decisiones más seguras para su vida y convenientes para su pie.

La valoración y el tratamiento sistematizado de la lesión incluye los siguientes puntos:

1. Identificación de las causas de la lesión, con valoración de la gravedad del proceso isquémico, la magnitud de la neuropatía y la presencia de algún proceso séptico activo.
2. Establecer las dimensiones de la lesión y la extensión de la celulitis circundante, si existe.
3. Identificar la profundidad de la lesión y el grado de compromiso de estructuras profundas.
4. Establecer si existe una infección sistémica.
5. Valorar el estado general del enfermo, incluido el grado de compromiso renal y cardiovascular, así como el riesgo quirúrgico.⁶²

Además del examen clínico, el estudio mínimo de un paciente diabético con un problema en un pie debe incluir estudios radiográficos y toma de muestra de la lesión para cultivos. Con estos elementos es posible clasificar los problemas del pie en tres categorías: lesiones superficiales no complicadas, lesiones con complicaciones locales o sistemáticas con posibilidad de responder al tratamiento médico y lesiones que por su extensión o por la presencia de isquemia grave requieren tratamiento quirúrgico.⁶³

⁶² LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 263

⁶³ BIDEEM, pag: 263 – 264.

LESIONES SUPERFICIALES NO COMPLICADAS:

Estas lesiones solo abarcan la dermis, la celulitis que circunda la lesión es poco extensa y no se acompaña de ninguna manifestación sistémica. Su tratamiento puede realizarse fuera del hospital e incluye las medidas siguientes:

1. cuidados generales de la lesión:

- aseo con agua y jabón, evitar aplicaciones de alcohol y antisépticos.
- Cubrir la lesión con una gasa estéril.
- Limitar la ambulación al mínimo
- Evitar en lo posible la desbridación.

2. Antibióticos orales, por lo general se eligen en forma empírica, ya que casi siempre los cultivos siempre revelan la presencia de varios microorganismos. Los de uso más frecuente son las cefalosporinas de segunda generación.

3. La rehabilitación de la marcha con la indicación del calzado y plantillas de descarga adecuadas a la mecánica del pie en cuestión debe ser parte integral del tratamiento de ese tipo de lesiones.

4. Siempre que este disponible, debe recurrirse a los estudios no invasivos, como el ultrasonido Doppler, para valorar el flujo sanguíneo en vasos grandes y la oximetría, que permite tener una idea de la perfusión tisular en distintos puntos de la extremidad.⁶⁴

LESIONES CON COMPLICACIONES LOCALES O SISTEMICAS

Por la extensión local del proceso séptico o su repercusión sistémica, estas lesiones siempre deben tratarse dentro de un hospital a fin de normalizar el estado metabólico del enfermo y corregir el proceso séptico. Los lineamientos

⁶⁴ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 263

generales del tratamiento son los mismos que para las lesiones superficiales no complicadas y algunos principios terapéuticos son:

- 1.- Control metabólico: el objetivo es normalizar la glucemia, casi siempre es necesario el uso de insulina.
- 2.- Los antibióticos deben suministrarse por vía parenteral, los esquemas han de incluir amino glucósidos.
- 3.- vigilar la toxicidad de los fármacos utilizados.⁶⁵

Siempre debe tener presente la posibilidad de una amputación. La falta de mejoría o peor aún, la progresión del proceso séptico o isquémico son indicaciones para el tratamiento quirúrgico.

LESIONES QUE POR SU EXTENSIÓN REQUIEREN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Es conveniente administrar un esquema de antibiótico de amplio espectro durante varios días antes de la operación para limitar el proceso infeccioso y propiciar un mejor plano quirúrgico, cuando el estado séptico del paciente impide el tratamiento quirúrgico definitivo, se recomienda una operación en dos tiempos. Durante el primero se efectúa una amputación infracondilea bajo en guillotina para eliminar el sitio más afectado. En el segundo, que se practica después de controlar el proceso séptico, que construye un muñón infracondileo o supracondileo según el caso.

La intervención quirúrgica de un paciente diabético con problemas en un pie no es sencilla. Los índices de morbilidad y mortalidad son altos por la fragilidad del enfermo que presenta estas complicaciones, por eso debe realizarla un equipo bien entrenado.⁶⁶

⁶⁵ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 265

⁶⁶ IBIDEM

OXIGENO HIPERBARICO:

El tratamiento con oxígeno hiperbático induce incrementos significantes en los niveles titulares de oxígeno, se ha sugerido que esto es muy favorable para la resolución de las lesiones del pie diabético. Tiene acción bactericida directa sobre los microorganismos anaerobios, favorece la actividad de los macrófagos y mejora la angiogenesis.⁶⁷

PREVENCIÓN:

Las medidas para prevenir las amputaciones de extremidades inferiores en el diabético van desde la simple inspección periódica de los pies hasta la cirugía vascular.

La educación de los diabéticos orientada a mejorar los cuidados del pie es esencial para disminuir la magnitud e incidencia de problemas. El tratamiento oportuno y adecuado de una lesión cutánea reduce en forma significativa la frecuencia de amputaciones.⁶⁸

VALORACIÓN PERIÓDICA DE LOS PIES

El examen médico de los pies permite detectar la presencia de puntos de apoyo anormales y procesos micóticos que el paciente no suele advertir. Es imprescindible buscar fisuras interdigitales,, vías de entrada habitual de los procesos sépticos. A demás de la detección oportuna de problemas, la valoración periódica brinda una oportunidad para educar al paciente, hay que adiestrarlo y, sobre todo, motivarlo para que el mismo se explore todos los días.⁶⁹

⁶⁷ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003.
pag: 260

⁶⁸ BIDEM, pag: 261

Los puntos básicos de la exploración son los siguientes:

- 1) Búsqueda de cambios isquémicos, que se manifiestan por descenso en la temperatura, cambios de coloración, alteraciones ungueales y disminución o ausencia de pulsos.
- 2) Valoración de sensibilidad y fuerza muscular.
- 3) Alteraciones En la mecánica del pie que se expresan por puntos de apoyo anormales y disminución en los arcos del movimiento articular.
- 4) Presencia de cambios cutáneos, como soluciones de continuidad, fisuras y signos de micosis.

EDUCACIÓN:

No hay duda de que la enseñanza del cuidado de los pies disminuye en forma significativa la frecuencia y la gravedad de las complicaciones. Además de la información verbal que se transmite en cada una de las consultas médicas y en curso para diabéticos, se recomienda proporcionar información escrita al paciente para reforzar el conocimiento que adquiere. La instrucción del paciente debe incluir los siguientes aspectos:⁷⁰

1. Higiene de los pies

- ❖ Inspección diaria de los pies en busca de lesiones cutáneas.
- ❖ Lavado diario de los pies con secado escrupuloso, sobre todo entre los dedos.
- ❖ Uso de una crema humectante, excepto cuando existe sudación excesiva.
- ❖ Uso de calcetines de algodón o lana.
- ❖ Evitar el empleo de antisépticos, astringentes u otras sustancias químicas no prescritas.
- ❖ Evitar baños de pies.

⁷⁰ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 261

- ❖ Evitar cortar demasiado las uñas de los pies, si estas están engrosadas, deben limarse en lugar de cortarlas.
- ❖ No caminar descalzo.
- ❖ Evitar el contacto con el calor excesivo (cojines eléctricos, bolsas de agua, etc.)

2. Uso de calzado adecuado

- ❖ Seleccionar zapatos cómodos, evitar el uso de tacones altos.
- ❖ Cambiar los zapatos a diario, de preferencia dos veces al día.
- ❖ Usar plantillas de descarga en caso de necesario.
- ❖ Inspeccionar y palpar el interior de los zapatos antes de usarlos con el fin de detectar irregularidades o cuerpos extraños.

3. Suspender el consumo de tabaco.

4. Problemas que deben comunicarse al médico.

- ❖ Cambios en la coloración de la piel
- ❖ Alteraciones en la sensibilidad o el dolor
- ❖ Cambios en la morfología del pie
- ❖ Presencia de lesiones cutáneas, por pequeñas que sean.
- ❖ Uñas enterradas o encarnadas.⁷¹

⁷¹ LERMAN Israel. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO McGrawHill. México 2003. pag: 262.

Fig.1.

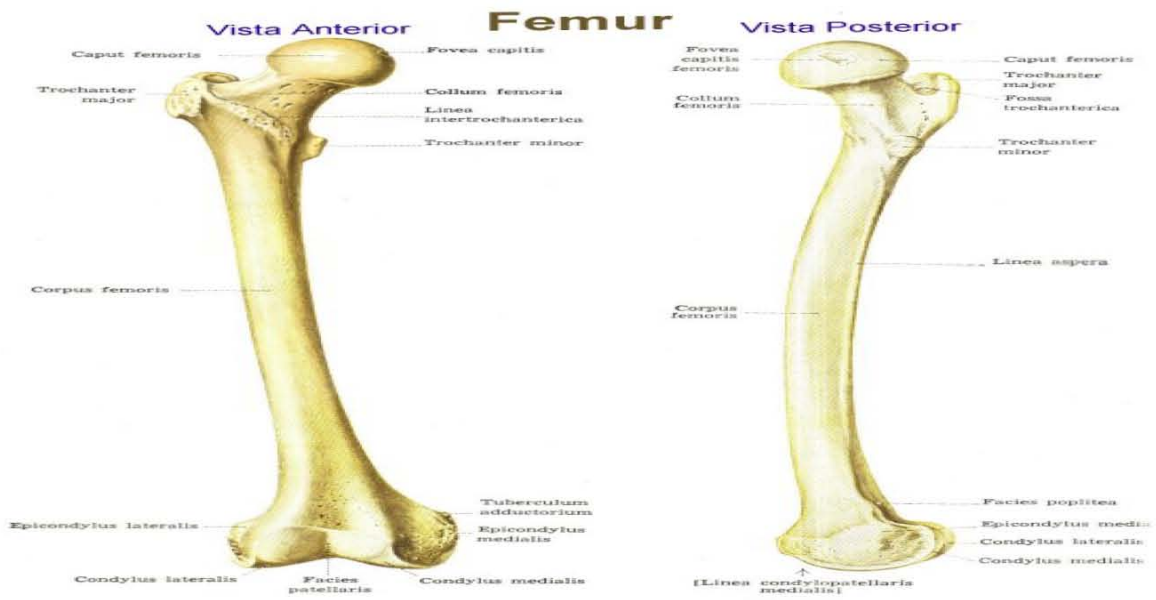


Fig. 2.-

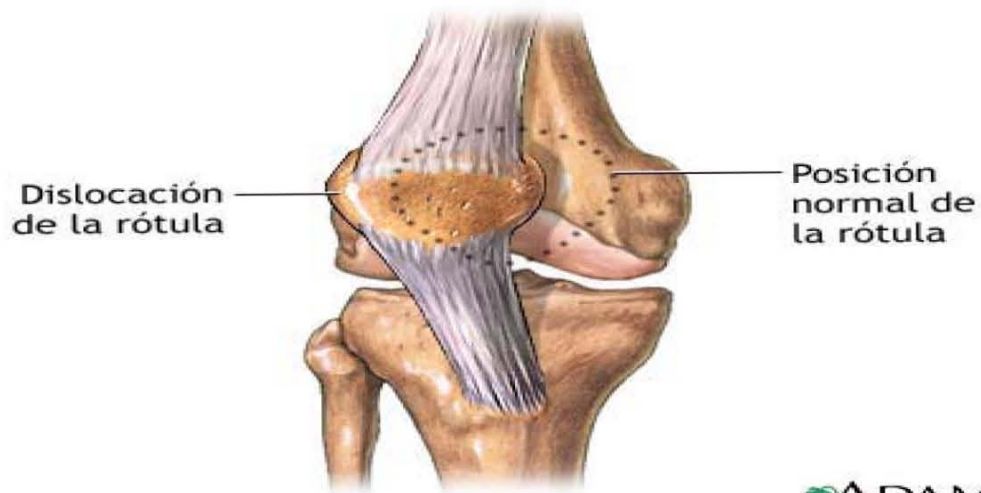


Fig.3.-

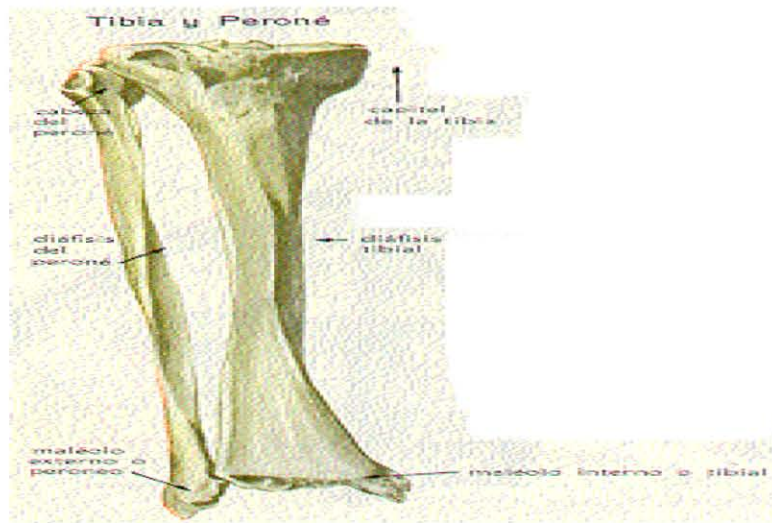


Fig.4.-

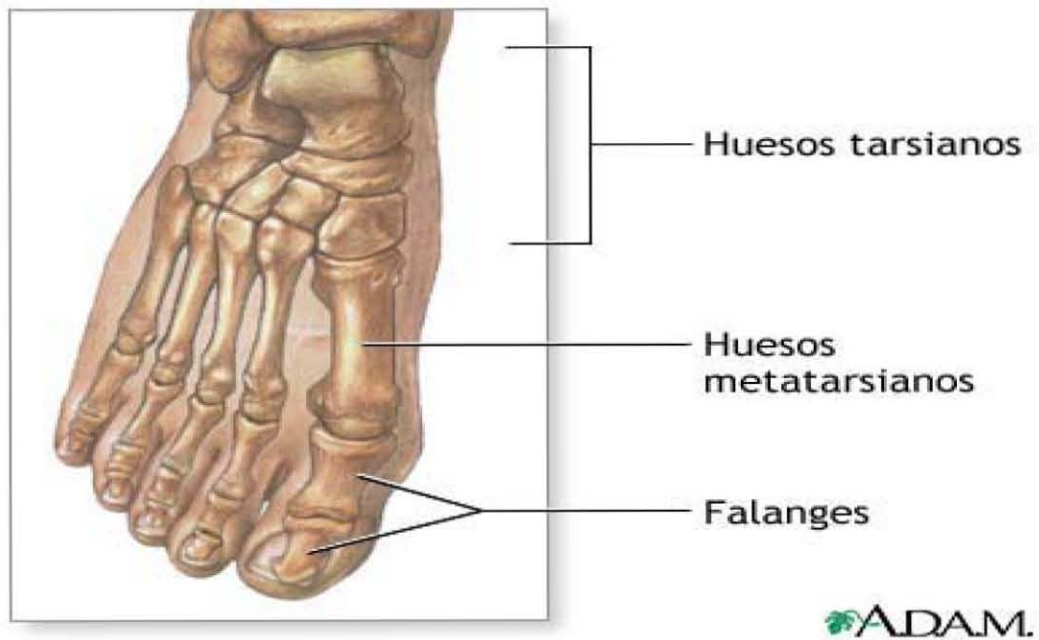
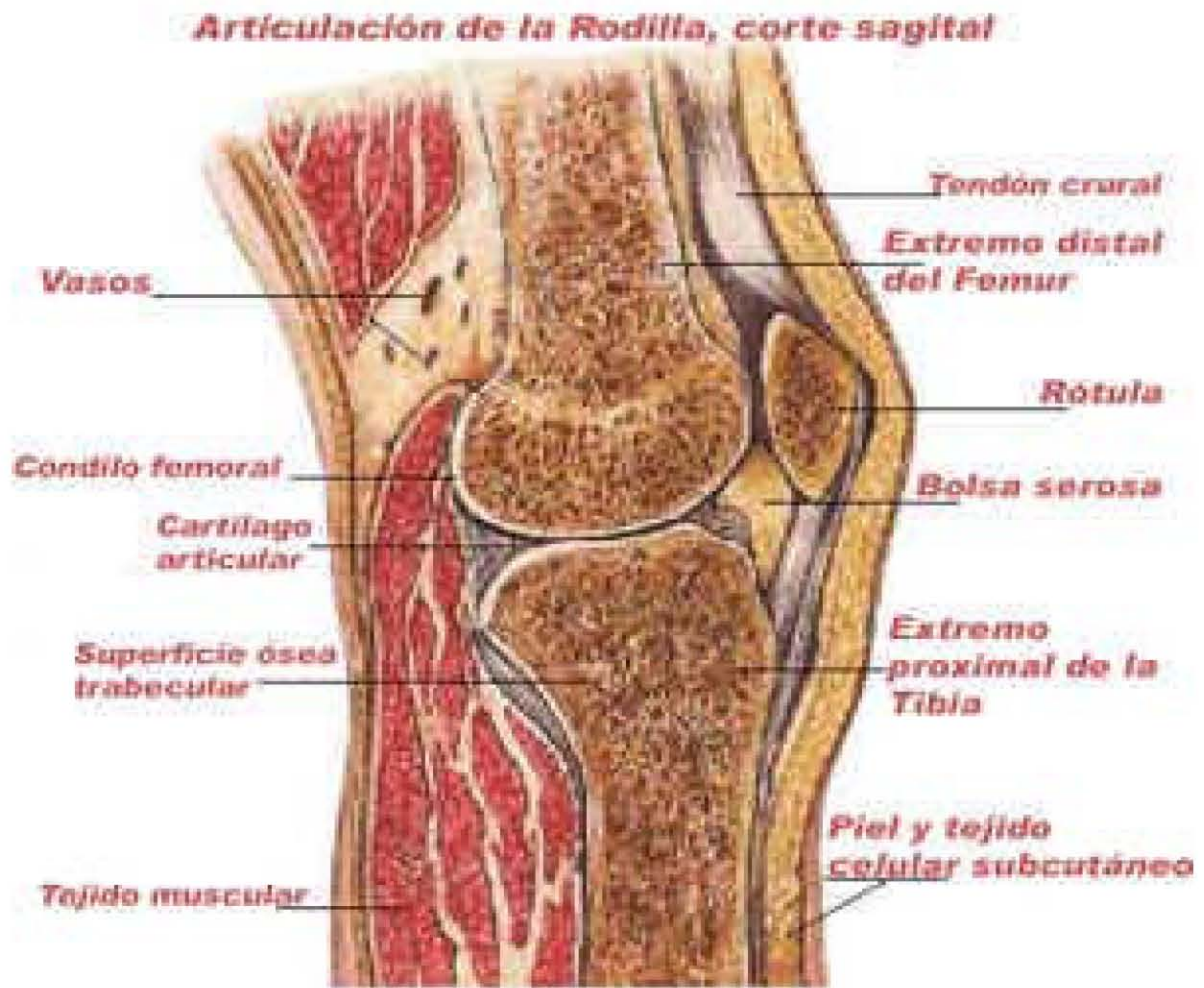


Fig.5.-



III. VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: . Héctor Mejía Olmos. **Edad:** 45 años. **Peso:** 70Kg. **Talla:** 1.62.
Fecha de Nacimiento: 28-02-62. **Sexo:** Masculino. **Ocupación:** Chofer
Escolaridad: Secundaria. **Fuente de Información:** el paciente.

NECESIDADES BASICAS DE:

❖ SUBJETIVO

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Disnea debido a: No presenta. **Tos productiva / seca:** Tos seca. **Dolor asociado con la respiración:** No. **Fumador:** A veces. **Desde cuando fuma, cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional:** Se fuma ocasionalmente en reuniones y es solo un cigarro, como máximo 2.

❖ OBJETIVO:

Registro de Signos Vitales y características: Es un paciente hipertenso que maneja TA: 170/90 FR:18, FC: 80, el cual no se controla, tiene indicado metoprolol 100mg cada 12hrs., pero no la toma. **Estado de conciencia:** conciente, orientado. **Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal:** presenta buena coloración de tegumentos **Circulación del retorno venoso:** tiene mala circulación en miembros inferiores, lo cual contribuye a una cicatrización deficiente y el desarrollo de gangrena, pulso femoral palpable, popiteo difícil de palpar, pulso pedio no palpable.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

❖ SUBJETIVO

Dieta habitual (Tipo): normal **Número de comidas Diarias:** 3. **Trastornos Digestivos:** estreñimiento el cual corrige con ingesta de fibra. **Intolerancias Alimentarias / Alergias:** ninguna **Problemas de la masticación y deglución:** No. **Patrón de ejercicio:** Debido a la amputación realizada y al estado de animo, el paciente no realiza ejercicio.

❖ OBJETIVO

Membranas mucosas hidratadas / secas: mucosas bien hidratadas. **Características de uña y cabello:** cabello limpio, corto, uñas rosadas, lisas. **Aspectos de los dientes y encías.** Dentadura completa. **Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:** presenta ulcera profunda en talón, con eritema, lesión ampulosa, las heridas que ha llegado a presentar tardan en cicatrizar.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

❖ SUBJETIVO

Hábitos intestinales: 1 ves al día. **Características de las heces, orina y menstruación:** Heces de consistencia dura,, de color café, orina amarilla. **Uso de laxantes:** no. **Enfermedades renales:** no. **Hemorroides:** no.

❖ OBJETIVO

Abdomen características: es globoso, depresible no doloroso. **Ruidos intestinales:** si presenta ruidos intestinales. **Palpación de la vejiga:** se palpa vejiga llena.

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN:

❖ SUBJETIVO

Adaptación de los cambios de temperatura: sin problemas. **Ejercicio, tipo y frecuencia:** bicicleta fija dentro de su hogar (antes) **Temperatura ambiental que le es agradable:** le gustan los tiempos de invierno y otoño, procurando protegerse de los mismos.

❖ OBJETIVO

Características de la piel: de color rosada ligeramente seca. **Transpiración:** poca. **Condiciones del entorno físico:** habita en casa prestada cuenta con todos los servicios y extradomiciliarios , habita casa con tres persona (esposa e hijos).

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

❖ SUBJETIVA:

Actividades en tiempo libre: no realiza ninguna actividad. **Hábitos de descanso:** todos los días después de trabajar (antes) **Hábitos de trabajo:** diario de 9am a 18:00. **Presente,** no realiza ninguna actividad física, ya que el paciente no puede trabajar debido a que presenta ulcera en pie izquierdo y requirió de amputación.

❖ OBJETIVO

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: el paciente presenta buena fuerza muscular.

Capacidad muscular. Tono, resistencia y flexibilidad: el paciente tiene buena flexibilidad. **Posturas:** puede tomar diversas posturas acostado. **Necesidad de ayuda para la deambulación:** si con muletas o silla de ruedas. **Dolor con el movimiento:** poco dolor en muñón. **Estado de conciencia:** se encuentra conciente, orientado, el paciente por el momento se encuentra un poco deprimido ya que fue sometido a una amputación supracondilea.

Los movimientos del paciente son con apoyo de muletas o silla de ruedas ya que solo se apoya en su pie derecho ya que el izquierdo fue amputado y se encuentra con una férula para dar forma al muñón.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

❖ SUBJETIVO

Hora de descanso: por las tardes. **Horario de sueño:** 11:00pm duerme

Horas de descanso: 3 horas diarias. **Horas de sueño:** 7hrs. **Siesta:** por la tarde.

Descansado al levantarse: la mayoría de las veces si.

❖ OBJETIVO

Estado mental. Ansiedad/ estrés/ lenguaje: preocupación por lo económico

Ojeras: no **Atención:** sí. **Bostezos:** no **Apatía:** no **presento Cefaleas:** no.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

❖ SUBJETIVO.

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no en ninguna forma. **Su autoestima es determinante en su forma de vestir:** no.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: el paciente es católico y no influye de ninguna manera. **Necesita ayuda para la selección de su vestuario:** no la requiere.

❖ **OBJETIVO.**

Viste de acuerdo a su edad: si. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: se viste y desviste por si solo. Otros: vestido limpio completo y adecuado.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PRTECCIÓN DE LA PIEL:

❖ **SUBJETIVO.**

Frecuencia del baño: diario. Momento preferido para el baño: por las mañanas. Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día. Aseo de las manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si. Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

❖ **OBJETIVO**

Aspecto general: aseado y limpio. Olor corporal: agradable. Halitosis: no. Lesiones dérmicas tipo: Tiene úlceras en pie derecho a nivel medio de la pantorrilla.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

❖ **SUBJETIVO**

Que miembros componen la familia de procedencia: esposa y dos hijos de 15 y 18 años. Como reacciona ante situaciones de urgencia: los familiares refieren nerviosismo y acuden a centro de atención más cercano. Conoce las medidas de prevención de accidentes, en el hogar y el trabajo: si. Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: solo cuando tiene consulta.

❖ OBJETIVO

Deformidades congénitas. No **Condiciones del ambiente en su hogar:** mantiene una buena comunicación con familiares, amigos y personal intra hospitalario.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

❖ SUBJETIVO

Estado civil: casado. **Años de relación:** 20 años. **Vive con:** esposa e hijos.
Preocupaciones/ estrés: por lo económico ya que la responsabilidad quedara a cargo de la esposa. **Otras personas que puedan ayudar:** amigos. **Rol de la estructura familiar:** papá –esposa –hijos. **Comunica problemas de su enfermedad/ estado:** si a su esposa e hijos. **Cuanto tiempo pasa sola:** muy poco durante el día ya que siempre se encuentra alguien con el .

❖ OBJETIVO.

Habla claro: si es entendible, coherente. **Usa lentes:** si de armazón **Audición:** es buena. **Comunicación verbal- no verbal con la familia y con otras personas:** se comunica bien con todas las personas, por el momento solo con su esposa y enfermera

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS.

❖ SUBJETIVO.

Creencias religiosas: es católico. **Sus creencias religiosas le generan conflictos personales:** no. **Valores de la familia:** el respeto, la honestidad y la confianza

❖ **OBJETIVO**

Hábitos específicos de vestido: no. **Permite el contacto físico:** sí como son abrazos y el contacto de manos. **Presencia de algún indicativo de determinados valores o creencias:** trae consigo una cadena con la imagen de la virgen de Guadalupe y un escapulario.

NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO.

Trabaja actualmente: no. **Tipo de trabajo:** anteriormente el trabajo que realizaba era de chofer de un microbús al cual se dedicaba todo el día. **Estaba satisfecho con su trabajo:** si. **Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y de la familia:** no ya que depende económicamente de otra persona.

❖ **OBJETIVO.**

Estado emocional: el estado emocional del paciente es irritable ya que no afronta la perdida de una parte de su cuerpo, en especifico el pie izquierdo, esto es por ratos ya que en otros se muestra tranquilo.

NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

❖ **SUBJETIVO**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: no realiza ninguna actividad. **Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus necesidades:** no. **Recursos en su comunidad para la recreación:** si existen bibliotecas y parques pero no acude.

❖ **OBJETIVO.**

Rechazo a las actividades recreativas: si como asistir a la biblioteca, al parque, entre otras. **Estado de animo:** el paciente se encuentra apático, deprimido, no participativo ya que el se enfrenta a la perdida de su pie izquierdo.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

❖ **SUBJETIVO**

Nivel de educación: secundaria terminada. **Problemas de aprendizaje:** ninguno. **Limitaciones Cognitivas:** no. **Preferencias leer/ escribir:** leer libros de terror. **Conoce las fuentes de apoyo para su aprendizaje en su comunidad:** si como bibliotecas, librerías, pero no acude.

❖ **Objetivo.**

Estado del sistema nervioso: íntegro. **Estado emocional, ansiedad, dolor:** presenta dolor por la perdida de su pierna izquierda. **Memoria reciente:** retrograda **Memoria remota:** ante retrograda.

FUNDAMENTACIONES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN INICIAL:

Los objetivos del ejercicio son mejorar el consumo de oxígeno y los procesos metabólicos, conseguir fuerza y entrenamiento, disminuir la grasa corporal, y mejorar el movimiento de las articulaciones y los músculos.

El ejercicio no sólo nos ayuda a conservarnos en peso y disminuir nuestras tensiones, sino también nos mantiene en mejores condiciones generales de salud, contribuyendo así a la calidad de vida.

Rehabilitación adecuada de los pacientes que sufrieron amputaciones, para evitar deformaciones posteriores y permitirle al paciente llevar una vida activa.

INTERVENCIÓN II:

Si se combina una dieta baja en fibra con un bajo consumo de líquidos, el bolo denso de los alimentos digeridos se deshidrata dentro del colon, lo que lo hace seco y duro, por lo tanto, es más difícil de mover a través del intestino, lo cual ocasiona molestias por un incremento en la presión del intestino. La actividad física regular ayuda a estimular los movimientos intestinales,

La fibra ayuda para que la masa fecal tome una consistencia suave y pueda ser eliminada fácilmente y sin dolor. Se encuentra en muchos vegetales, frutas y granos que deben ser incorporados a tu dieta diaria. Come de preferencia a la misma hora todos los días, en calma y mastica bien los alimentos.

El agua ayuda a mantener la materia fecal suave y con ello facilita el tránsito

intestinal. Por ello, es importante que tomes entre 8 y 10 vasos de líquidos al día.

El ejercicio regular, que puede ser tan solo el caminar entre 20 y 30 minutos al día, ayuda a mejor funcionamiento del aparato digestivo.

INTERVENCION III:

El programa educativo debe adaptarse a las necesidades, intereses y conocimiento de los pacientes. El diálogo individual ofrece oportunidades de intercambio directo y posee importantes componentes dinámicos y emocionales.

Hay que escuchar al paciente y darle suficiente tiempo para que se exprese. Una vez que se conoce la necesidad del paciente, hay que dar explicaciones y proporcionar información. El lenguaje debe ser simple y conciso, haciendo especial hincapié en los conceptos más importantes que deseamos transmitir. La falta de tiempo del médico para escuchar, es la causa fundamental de insatisfacción en los pacientes y por lo tanto de escaso cumplimiento.

Educación sobre cuidados del pie: La educación terapéutica de los pacientes puede formar parte de un programa individual, como parte integral de la relación entre el paciente y el médico, de un programa de grupo o a través de los medios de comunicación. La educación es la base de la prevención.

INTERNECION IV:

Las ayudas para la deambulación son el tipo de ayuda técnica más importante y frecuente. Pueden ser manejadas por un brazo como los bastones y las muletas o por los dos brazos como los andadores. La prescripción de estos dispositivos debe efectuarse en el momento adecuado y el paciente ha de reunir unas condiciones mínimas para poder usarlas.

■ Bastones y muletas

Los bastones, al igual que las muletas, sirven para facilitar la marcha aumentando la estabilidad, al ampliar la base de sustentación y/o reduciendo la carga sobre una o ambas extremidades inferiores.



Andadores

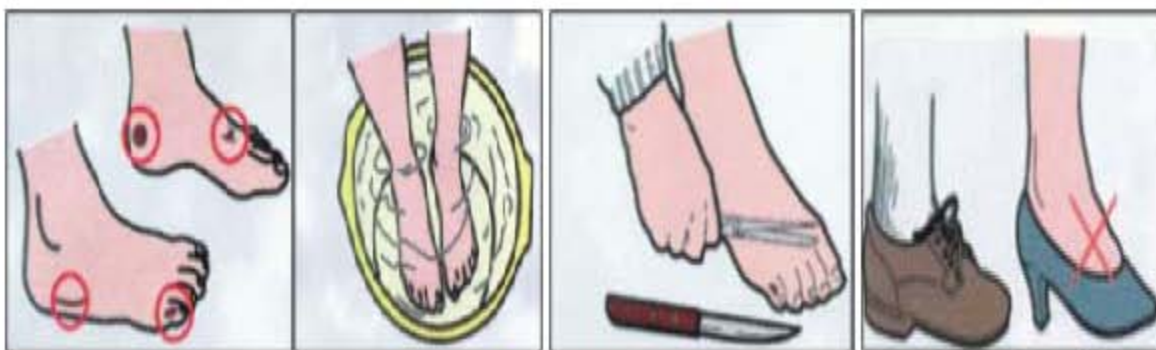
Representan las ayudas para caminar manipuladas por dos brazos. Existen dos tipos fundamentales. Por un lado, los que tienen incorporados unas ruedecillas para facilitar su desplazamiento y, por otro lado, los que no las llevan. A unos y otros se les pueden adaptar dispositivos especiales para apoyo en antebrazo o varios tipos de empuñaduras.



INTERVENCION V:

La piel protege nuestros músculos y nuestros huesos. Por ello requiere de cuidados específicos ya que los agentes externos pueden dañarla de una forma u otra.

El sol, la humedad o la falta de hidratación, son algunas de las causas de las posibles afecciones que pueda tener la piel.



Las úlceras por presión son más fáciles de prevenir que de curar., por lo que se recomienda mantenerla piel lo más saludable posible para prevenir la formación de estas úlceras. Hay algunos artículos (llamados superficies de apoyo), como los cojines de los asientos que se puede usar para disminuir la presión sobre la piel.

GLOSARIO

- **FLEBITIS:** Inflamación de una vena. Se caracteriza por la infiltración de las tunicas de la vena y formación de trombo.

- **AGONIA:** Dolor Intenso o sufrimiento extremo. Estado que precede a la muerte, cuando esta sobreviene lentamente.

- **HOLISTICO:** Considera al hombre como un todo funcional o que se refiere a la concepción del hombre como un todo funcional en la salud.

- **COLAPSO:** Estado de Postración y depresión intensa, con insuficiencia circulatoria, laxitud de las paredes de una parte u órgano.

- **COGNICIÓN:** Operación de la mente por la cual nos percatamos de objetos de pensamiento o percepción, incluye todos los aspectos de la percepción, el pensamiento y el recuerdo.

- **GANGRENA:** Ulcera corrosiva que termina en mortificación, muerte tisular, generalmente en gran masa, acompañada de pérdida de riego vascular y seguido por invasión bacteriana y putrefacción.

- **ULCERA:** Defecto o excavación social de la superficie de un órgano o tejido producida por el esfácelo de tejido necrótico inflamado.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO – LeFevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía Práctica, 4ª ed. Editorial Doyma. Barcelona, España 1998. 1089p.
2. COLLIERE - Marie Françoise. Promover la Vida. Editorial McGraw-Hill. 1993. 230p.
3. RODRÍGUEZ - Sánchez Berta Alicia. Proceso Enfermero, Aplicación Actual, 2ª edición, Cuellar, México 2002.
4. MARRINER Tomey, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 3ª Ed. Edit. Mosby-Doyma, 1994.
5. F. SMITH Sandra, Enfermería Básica y clínica, Ed Manual Moderno, México 1992.
6. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Medico Quirúrgica. Vol. 1. 9º Ed. Edit. McGraw-Hill, **LUGAR** 1992.
7. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt.
8. TORTORA- GRABOWSKI. Anatomía y Fisiología.9ªEd. Edit. OXFORD 2002.