



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



SUAYED

PROYECTO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
A UNA PACIENTE ADULTA MAYOR CON GONARTROSIS
"POSTOPERADA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA"**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTA:

MARICARMEN GARCIA

**NUMERO DE CUENTA
9453932-5**

**ASESOR ACADEMICO:
Dra. VIRGINIA REYES AUDIFFRED**

MÉXICO D.F. 2015



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

A Dios

Por darme la fortaleza de seguir adelante cumpliendo mis objetivos pero sobre todo por haberme dado salud, amor, fe, esperanza y sobre todo por la hermosa familia que me has dado. Ya que sin ellos no hubiera logrado esto.

A mi viejito Christopher

Por apoyarme en todo momento en mi vida profesional, el no dejarme caer, ha sido muy difícil, pero no imposible, quiero que sepas que este logro también es tuyo. Gracias amor por estar conmigo.

A mis hijos Jeremy y Katherine

Ya que ellos son el motor de cada día, son mi vida entera para seguir adelante, un abrazo un te quiero mamá, me llenaban para continuar, con esto quiero darles un ejemplo, de que todo se puede en esta vida, siempre y cuando uno se lo proponga.

A mis hermanas

En los momentos más difíciles estuvieron ahí para apoyarme y ayudarme.

A mi viejita

Ella ya no está aquí pero sé que desde donde está, me cuida y me protege gracias a ella soy la persona que soy en este momento, siempre me enseñó a luchar por lo que quería, siempre me dijo que mientras yo quisiera podría hacer muchas cosas. Sé que desde donde está siempre nos va a cuidar a mí y a mi familia. Gracias

CONTENIDO

I INTRODUCCION	4
II JUSTIFICACION	7
III OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo general.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
IV METODOLOGIA	9
V MARCO TEORICO	10
5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería.....	10
5.2 Definición de enfermería.....	12
5.3 Teorías y modelos de enfermería.....	13
5.4 Modelo de Virginia Henderson	14
5.5 Proceso de enfermería	20
5.6 Proceso de envejecimiento	23
5.7 Gonartrosis	29
5.8 Artroplastia total de rodilla	33
VI DESARROLLO DEL PROCESO	36
6.1 Ficha de identificación	36
6.2 Valoración de las necesidades.....	40
6.3 Conclusión diagnóstica de enfermería	47
6.4 Plan de cuidados de enfermería.....	51
VII CONCLUSIONES	76
VIII SUGERENCIAS	79
IX BIBLIOGRAFIA	80
X-ANEXOS	82
Diabetes Mellitus.....	82
Hipertensión Arterial	85
Instrumentos de valoración.....	88
Valoración Índice de Katz.....	103
Escala Mini- Mental de Folstein	105
Plan de Alta.....	107

I INTRODUCCION

La enfermería como ciencia y arte del cuidado, requiere para su ejercicio la aplicación de una base teórica que de sustento y fundamento a las acciones de la misma, a través del Proceso Atención de Enfermería (PAE). Dicho proceso es una herramienta que permite brindar cuidados orientados de acuerdo al modelo teórico utilizado, de manera organizada e individualizada.

El siguiente trabajo retoma el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, identificando las necesidades dependientes e independientes mediante una valoración, en las cuales se logra establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados, permitiendo actuar de forma específica e individual para satisfacerlas.

Por lo que será de gran ayuda que en la elaboración del plan de cuidados en una persona, sea una alternativa viable para enseñar tanto a la persona cuidada como al cuidador primario, para lograr satisfacer sus necesidades y/o las necesidades de su familiar. Para Virginia Henderson el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas por sí mismo.

Se elige a una persona adulta mayor de la 7° década de la vida con alteración en la necesidad de movimiento y postura en el servicio de Reconstrucción Articular, del

Instituto Nacional de Rehabilitación durante los meses de Enero a Junio del presente año. Con un padecimiento de gonartrosis, ya que es uno de los principales padecimientos que se presenta en el adulto mayor y que acude a este instituto. A partir de cierta edad la mayoría de las personas generalmente en la vejez presenta cierto grado de artrosis de rodilla. El dolor de la gonartrosis aumenta al caminar, pero sobre todo al subir y bajar escaleras, este es uno de los principales síntomas que presenta el paciente con gonartrosis.

Para la elaboración del presente proceso participaron enfermería (cuidador con habilidades técnicas, intelectuales y de relación), el paciente (como sujeto del cuidado) y su familia (soporte vital para la pronta recuperación del paciente).

El presente trabajo, está organizado por una justificación donde se describen los motivos para realizar este proyecto. Los objetivos en los cuales se establecen las metas de este trabajo, así mismo se incluye una metodología en la cual se describe como se realizó paso a paso el mismo. También se desarrolló un marco teórico soportado por una exhaustiva búsqueda en diferentes documentos de los cuales se obtuvo información entre ellos: libros, páginas, web y otros como la hemeroteca; de esta manera se construyó el marco teórico, que incluye fundamentos históricos, conceptuales y de la persona que permitan tener un panorama sobre el actuar de enfermería ante una persona, ya que el cuidado debe ser específico e integral siendo un proceso complejo que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados, para poder afrontarlos.

Posteriormente se presenta el caso clínico con la ficha de identificación y estado actual de la persona; se describe la valoración de las catorce necesidades utilizando como herramienta el instrumento metodológico, de estos datos analizados y jerarquizados se hace la conclusión diagnóstica de enfermería. Así mismo se plantea un plan de cuidados individualizado con los datos de dependencia e independencia.

Se formulan las conclusiones y sugerencias para la mejora del cuidado a este tipo de pacientes, se enlistan las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo del desarrollo del mismo.

Por último, se tienen anexos que complementan este trabajo.

II JUSTIFICACION

El siguiente trabajo está basado en el modelo de Virginia Henderson de las 14 Necesidades. El objetivo de este Modelo es mantener, reforzar y/o recuperar el máximo nivel de capacidad funcional manifestado en la presencia de datos de independencia por el adulto mayor para vivir y morir dignamente.

Este modelo a través de la necesidad de aprendizaje se enseña a satisfacer sus necesidades al Adulto Mayor, elemento importante para mejorar su calidad de vida. En esta misma necesidad también se puede incluir el que se proporcione información a cuidadores primarios, sobre los elementos necesarios para que pueda proporcionar cuidados al Adulto Mayor que potencialicen su capacidad funcional como realizar o apoyar en las tareas en el hogar.

El siguiente plan de cuidados fue aplicado en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el área de hospitalización del servicio de Reconstrucción Articular, ubicado en el quinto piso de ortopedia, a un adulto mayor con el diagnóstico de gonartrosis de rodilla derecha, programado para cirugía (artroplastia total de rodilla). Siendo este uno de los principales padecimientos que se presentan en el adulto mayor. Y como parte del equipo multidisciplinario de salud, considero que el Licenciado en Enfermería debe brindar cuidados individualizados con ayuda del cuidador, y hacer uso de la educación para la salud, con la finalidad de evitar complicaciones en este caso, incorporar a la persona a sus actividades de la vida diaria.

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Implementar un proceso de enfermería con base en el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una persona adulta mayor con alteración en la necesidad de movilización por gonartrosis de rodilla derecha.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar una valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Organizar y analizar los datos de valoración para construir los diagnósticos de enfermería.
- Identificar y jerarquizar los problemas y/o necesidades del paciente.
- Planear e implementar cuidados con bases científicas.
- Ejecutar el plan de cuidados individualizado.
- Implementar acciones de educación para la salud dirigidas al paciente y a los cuidadores.

IV METODOLOGIA

Para la elaboración de este proceso de enfermería, se llevaron a cabo las siguientes actividades: como primer punto, se inició eligiendo a un paciente adulto mayor hospitalizado en el quinto piso de Ortopedia en el servicio de Reconstrucción Articular del Instituto Nacional de Rehabilitación con el diagnóstico de Gonartrosis, programado para cirugía (artroplastia total de rodilla).

La valoración se llevó a cabo, con previa aceptación de la paciente, procedí a recopilar la información a través de la observación, entrevista directa, historia clínica, exploración física y utilizando el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, posterior a eso se analizó la información para derivar los Diagnósticos de Enfermería, basándose en la taxonomía NANDA. Y se hizo una jerarquización de las necesidades para realizar las intervenciones de enfermería.

Durante la ejecución del Plan de Atención, la persona mostró interés, apoyo por parte del familiar, por lo que se realizaron todas las actividades planeadas de acuerdo a los problemas detectados.

Además, todo el tiempo se estuvo realizando la evaluación para identificar el logro oportuno de los objetivos planteados, así como la satisfacción de las necesidades de la paciente.

V MARCO TEORICO

En este apartado se aborda la evolución de los cuidados de enfermería a lo largo de la historia, destacando el logro de la profesionalización en enfermería, así mismo se menciona la definición de enfermería, teorías y modelos, etapas del proceso enfermero y la definición del modelo de Virginia Henderson.

5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería

Se menciona que la etapa doméstica se relaciona con la concepción de “la salud como mantenimiento de la vida”. Se denomina doméstica, por ser la mujer la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora, es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Sus cuidados estaban encaminados al mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado a llamar en nuestros días cuidados básicos.

En la etapa vocacional la inician con la creencia de que “la salud tiene un valor religioso”, que los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante era la actitud que debía mostrar y mantener la persona dedicada al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados. Que naturalmente vista desde esta perspectiva, no requería de ningún tipo de preparación religiosa. La enfermería de esta época se describe como

una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. ¹⁵

En esta tercera etapa llamada técnica, se inicia a mediados del siglo XIX con el advenimiento que Collier, denomina “mujer enfermera auxiliar del médico”. Época marcada por la herencia de estadios precedentes: Profesión de mujeres y durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la enfermera en vías de la profesionalización.

En esta última etapa profesional, cambia la orientación del cuidado entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual, utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina. ¹⁵

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas.

Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la universidad. En definitiva se inicia la etapa de la enfermera profesional. ¹⁵

A manera de análisis considero que la disciplina de Enfermería en la actualidad ha socializado como profesional incrementando conciencia de sí misma, fomentando el respeto, integrándose profesionalmente de forma científica y fundamentalmente innovando en el plano académico.

5.2 Definición de enfermería

Para definir conceptualmente a la profesión de Enfermería debe incluirse los elementos del paradigma como son: persona, entorno, salud y propiamente a la disciplina de enfermería; algunas enfermeras se han dado a la tarea de hacerlo desde su punto de vista, sin embargo en este trabajo se abordará la definición de Virginia Henderson en 1955, definió a la enfermería como “La función única de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en realización de las actividades que contribuyen a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más pronto posible”¹². Es decir, la disciplina de enfermería para Henderson define propiamente el quehacer de las enfermeras profesionales con sus conocimientos y habilidades necesarias, respaldadas bajo fundamentaciones científicas, para brindar un cuidado integral de calidad desde una perspectiva humanística para el mantenimiento y prevención de la salud hacia la persona, familia y comunidad.

5.3 Teorías y modelos de enfermería

Una Teoría de enfermería es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de una interrelación específica entre los conceptos con el fin de describir explicar y predecir.

La teoría proporciona así mismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para formación de labores de investigación de la profesión.⁶

El Modelo es la descripción de un conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio; proporciona una representación esquemática de algunas relaciones entre los fenómenos. ¹²

En el pasado la profesión de enfermería adoptó teorías de otras disciplinas (medicina, psicología y la sociología) como base para la práctica. Para que enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe contar con un cuerpo propio de conocimientos, estos pueden ser expresados como modelos y teorías conceptuales.

Los modelos y teorías proporcionan información sobre definiciones de enfermería y de la práctica, así como sus principios, metas y funciones, estos a su vez se basan en el paradigma enfermero.

Un metaparadigma, es un marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

El metaparadigma de enfermería agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería. ¹²

La persona, se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, incluyendo los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, pudiendo contemplar a un individuo una familia o comunidad.

El entorno, se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

La salud, se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentada por la persona.

La enfermería, se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona los cuidados enfermeros.

5.4 Modelo de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades

fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

* Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento, desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella, lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

* **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

* **Paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

- 1. Necesidad de respirar.**
- 2. Necesidad de beber y comer.**
- 3. Necesidad de eliminar.**
- 4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.**
- 5. Necesidad de dormir y descansar.**
- 6. Necesidad de vestirse y desvestirse.**
- 7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.**

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

9. Necesidad de evitar los peligros.

10. Necesidad de comunicarse.

11. Necesidad según sus creencias y sus valores.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse.

13. Necesidad de recrearse.

14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

* Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir para Henderson significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

* Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

* Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

* Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.¹⁴

Dentro de los elementos del metaparadigma de Virginia Henderson, citados en (García, 2001) comprenden:

La salud, considerándola como un estado de independencia o satisfacción de las necesidades, por lo tanto, la enfermedad es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción de las necesidades.

La persona, se define como un individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional por que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. La persona y su familia conforman una unidad.

La fuerza, refiere que la dependencia proviene cuando el individuo carece de fuerza, no solo la fuerza física si no también la moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.

La voluntad, firma que se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado se encuentra relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

El conocimiento, refiere que hay desconocimientos de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que debe tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general, lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

El entorno, manifiesta que es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla todas sus actividades: el hogar, el trabajo, la escuela u el hospital. Los individuos

sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson manifiesta que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.” La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender a la persona” y afirma con énfasis que” La enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

5.5 Proceso de Enfermería

El Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Es un método que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática el cual está compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí:

Valoración.

Diagnóstico de Enfermería.

Planificación.

Ejecución.

Evaluación.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Fases del Proceso de Enfermería

Las fases constituyen las etapas de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

1. Valoración:

Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc., que se producen ante ellos. También incluye la validación y la organización de los datos.

2. Diagnóstico:

En esta etapa se produce la identificación de los Diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes.

3. Planificación:

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería, el cual consta de los siguientes puntos:

- 1.-Establecer un orden de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2.-Planear con el paciente los objetivos, para corregir y minimizar o prevenir estos problemas.
- 3.-Redactar los protocolos de enfermería que conducirán alcanzar los objetivos propuestos.

- 4.-Hacer una relación ordenada de los diagnósticos de enfermería, objetivos y actuaciones de enfermería, dentro del plan de cuidados.

4. Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados, este documento verifica que se está llevando a cabo el plan y se puede utilizar como instrumento para evaluar la efectividad del mismo.

5. Evaluación:

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.¹

Además la enfermera valora los progresos del paciente, toma medidas correctoras, si hacen falta y revisa el plan de cuidados de enfermería.

Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos. ¹⁴

Por ultimo cabe mencionar que el proceso enfermero es de gran utilidad como herramienta de trabajo, para evaluar la calidad del cuidado.¹⁴

5.6 Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso inevitable y continuamente progresivo que comienza en el momento de la concepción y continua durante el resto de la vida. La vida o proceso de envejecimiento se divide de forma artificial en etapas que suelen incluir el ante parto, el neonato, el niño pequeño, el niño mayor, el adolescente, el adulto joven, el de edad media y el mayor. La etapa final de la vida, llamada ancianidad (este término suele aplicarse a los que tienen más de 65 años), puede ser el mejor o el peor momento de la vida y requiere trabajar y planificarla durante las etapas previas para que sea un periodo de éxito y agradable.

La mayoría de la gente no piensa en los problemas relacionados con el envejecimiento durante su infancia y juventud a menos que tengan motivos para contemplar ciertos hechos claves. Sin embargo, a medida que envejecemos, tal vez empecemos a temer nuestro propio envejecimiento por la percepción de que la enfermedad, la incapacidad y el declive son consecuencias inevitables del proceso de envejecimiento.

La comprensión del envejecimiento, que comenzó como el objetivo de una teoría que lo abarcaba todo, ha evolucionado hasta descubrir que múltiples procesos pueden afectar a como envejecen los humanos. Estos procesos se combinan e interactúan a muchos niveles, y las células individuales, proteínas, tejidos y sistemas de órganos están implicados. Algunos de los cambios de la edad son

benignos y superficiales, como el encanecimiento del pelo y las arrugas de la piel. Otros, sin embargo, aumentan el riesgo de enfermedad e incapacidad, como la arteriosclerosis.

La velocidad y la progresión del envejecimiento varían enormemente entre un individuo y otro. Si todo el mundo envejeciera a la misma velocidad y de la misma forma, nos pareceríamos más a medida que envejeciéramos. Sin embargo, sucede justo lo contrario. Ya que hay una gran variedad en el aspecto que tienen, en la forma que se expresan sus actitudes y en los problemas de salud que presenta cada uno de ellos.

Generalmente todos los sistemas corporales se ven afectados por el envejecimiento, ya que se presentan cambios universales que aparecen en todas las personas mayores.

El envejecimiento incluye los siguientes cambios:

- 1.- Corazón: Los músculos cardíacos se engruesan con la edad. La tasa máxima de bombeo del corazón y la capacidad del cuerpo para extraer oxígeno de la sangre disminuye con el tiempo.
- 2.- Arterias: Las arterias tienden a volverse rígidas con la edad y los niveles de oxigenación de la sangre se reducen.
- 3.- Pulmones: La capacidad inspiratoria máxima puede reducirse en un 40% entre los 40 y 70 años.

4.- Cerebro: Con la edad el cerebro pierde parte de los axones y de las neuronas que se conectan unas con otras.

5.- Riñones: Estos se vuelven progresivamente menos eficientes para retirar los desechos de la sangre.

6.- Vejiga: La capacidad de la vejiga se reduce.

7.- Grasa corporal: Típicamente aumenta hasta aproximadamente la edad media de la vida y luego se estabiliza hasta el final de la vida, cuando el peso tiende a reducirse. Cuando el peso disminuye, la gente mayor pierde tanto músculo como grasa. Con la edad la grasa se redistribuye a los órganos internos a partir de la piel. La grasa que se redistribuye al abdomen en lugar de a las caderas, hace a los hombres y mujeres mayores más vulnerables a la enfermedad cardíaca.

8.- Músculos: Sin el ejercicio la masa muscular se reduce en un 22% en las mujeres y en un 23% en los hombres entre los 30 y los 70 años. El ejercicio puede reducir la velocidad de esta pérdida.

9.- Huesos: El mineral del hueso se pierde y es sustituido durante la vida, pero las pérdidas superan a la reposición en las mujeres alrededor de los 35 años. Esta pérdida se acelera con la menopausia. Un ejercicio regular de levantamiento de peso y una alta ingesta de calcio pueden ralentizar la pérdida ósea.

10.- Vision: La dificultad para enfocar de cerca puede empezar alrededor de los 40 años. Tras los 50 años hay un aumento de la sensibilidad al deslumbramiento, una mayor dificultad para ver en condiciones de baja luminosidad y más dificultad para detectar los objetos en movimiento. Los cambios de adaptación a la luz y la

conducción nocturna se hacen más difíciles. A los 70 años, la capacidad para distinguir detalles finos empieza a decaer.

11.-Oído: Se hace más difícil oír a altas frecuencias con la edad y esta pérdida empieza a acelerarse en la edad media de la vida. Incluso las personas, mayores con un buen oído pueden tener dificultades para distinguir las vocales y comprender el habla, sobre todo en situaciones con altos niveles de ruido de fondo. El oído decae más rápidamente en los hombres que en las mujeres.

12.-Personalidad: Permanece extraordinariamente estable en la vida adulta, y rara vez la gente mayor muestra signos de cambio de la personalidad durante sus últimos años. La personalidad no suele cambiar de forma radical ni siquiera como resultado de unos cambios del estilo de vida importantes como la jubilación o la muerte de un ser querido. La gente mayor que sufre problemas de salud, enfermedades crónicas y dolor tienen un mayor riesgo de depresión y de aislamiento social.

El resultado final de todos los cambios normales del envejecimiento es la pérdida de las reservas de los órganos, o de la capacidad de un órgano determinado para reaccionar de forma rápida y eficiente al estrés psicológico. Los sistemas de órganos del cuerpo combinan sus esfuerzos y orquestan un complicado conjunto de respuestas diseñadas para mantener el equilibrio. Este equilibrio consta de temperatura, el equilibrio ácido básico, las sustancias químicas del cuerpo y otros componentes vitales. Esta tendencia del cuerpo a mantener el equilibrio se llama homeostasis. La pérdida de la reserva de los órganos que sucede con el envejecimiento puede dar lugar a la homeostenosis, o incapacidad del cuerpo

para restaurar la homeostasis incluso tras desafíos ambientales mínimos como un traumatismo o una infección. Por lo que una persona mayor puede morir por neumonía o gripe, que para una persona joven solo se supondrían una enfermedad menor.

Las teorías del envejecimiento se dividen en varios grupos, que incluyen las teorías biológicas, psicológicas y sociológicas.

Teorías biológicas del envejecimiento:

Se dividen en dos grupos: las teorías programadas y las teorías del error. Las teorías programadas sostienen que el envejecimiento sigue un horario biológico y que representa la continuación del ciclo que regula el crecimiento y el desarrollo en la infancia (tienen la hipótesis de que los códigos genéticos del cuerpo contienen instrucciones para regular la reproducción y muerte celular). Las teorías del error enfatizan las agresiones ambientales al sistema humano que gradualmente hacen que las cosas vayan mal (mantienen la hipótesis de que las agresiones ambientales y la necesidad continua del cuerpo de producir energía y de tener combustible para las actividades metabólicas dan lugar a la acumulación de subproductos tóxicos. Estos subproductos tóxicos pueden acabar afectando a la función corporal normal y la reparación celular).

Teorías psicológicas del envejecimiento:

Estas mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas para que una persona envejezca con éxito. Los desencadenantes pueden ser los cambios físicos

del envejecimiento, los problemas de la jubilación, sobrellevar la muerte del cónyuge o de amigos y tal vez el declive de la salud.

Teorías sociológicas del envejecimiento:

Estas difieren de las biológicas en que tienden a centrarse en los papeles y relaciones que ocurren al final de la vida. Cada una de las teorías debe juzgarse en el contexto de la época en que fueron formulas. ¹¹

Adulto mayor

Adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas que superan los 60 años de edad. Y por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, ancianos. Ya que pasan por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad, que disfrutan de haber cumplido con todos sus proyectos de vida, así como de su familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la misma. Pero hoy en día, el termino va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el termino personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Es la última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después esta la muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90, viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años. Se puede observar que algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años.¹³

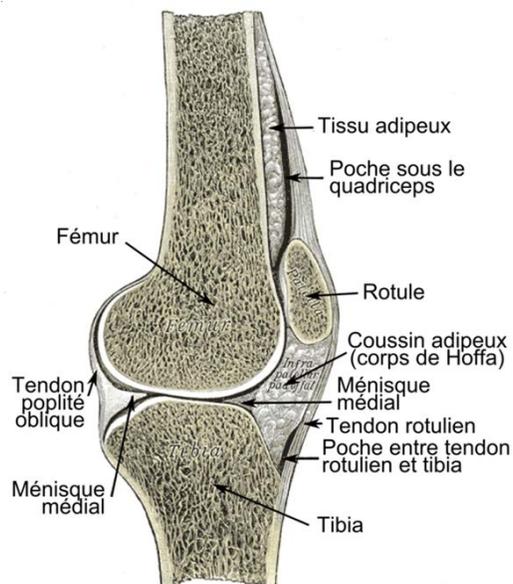
5.7 Gonartrosis

La rodilla es la articulación más voluminosa del cuerpo humano y se sitúa en la unión de los dos brazos de palanca óseos más largos del organismo (fémur y tibia). Los principales grupos musculares que le dan movilidad: cuádriceps crural, bíceps crural y tríceps sural.

La rodilla es una articulación parecida a una bisagra, formada por la unión de la parte distal del fémur (hueso del muslo), la parte proximal de la tibia (hueso de la pierna, debajo de la rodilla) y la rótula. La articulación de la rodilla está revestida de cartílago, que actúa de amortiguador, y protegida por los músculos y ligamentos que sirven de estabilizadores y permiten la movilidad y función de la articulación. Con el tiempo, el cartílago puede desgastarse, hasta que existe lo que el rozamiento entre el fémur y tibia (choque de hueso con hueso), apareciendo la artrosis que ocasiona deformidad, rigidez y dolor, con la consiguiente pérdida de función. Una prótesis de

rodilla (articulación artificial) puede sustituir la articulación dolorida y restablecer su estabilidad y su movimiento.

La artrosis de rodilla o gonartrosis, es la alteración de la superficie articular de uno o más de los tres compartimientos que componen esta articulación: femorotibial interno, femorotibial externo y femororrotuliano. Esta alteración ocurre a consecuencia del desgaste y pérdida ulterior del cartílago articular y por el desarrollo de lesiones asociadas: formación de osteofitos marginales, quistes subcondrales, etc. Es por eso que una vez que empieza el proceso degenerativo de una articulación es difícil de frenar.



Antes se pensaba que la artrosis era una consecuencia normal del envejecimiento, por lo que se le consideró como una patología que provocaba la degeneración articular. Hoy en día, se sabe que la artrosis surge, no nada más como una

enfermedad propia del envejecimiento, si no como una suma de distintos y múltiples factores:

- Edad: Es el factor de riesgo de artrosis más importante.
- Sexo femenino por sobre el masculino: La razón de porqué es un factor de riesgo más fuerte para mujeres que para hombres aún desconocida, pero se piensa que guarda relación con hormonas, genética y otros factores indeterminados.
- Obesidad: Es el factor de riesgo más modificable en cuanto al desarrollo de la artrosis. El grado de importancia de la obesidad como factor de riesgo de la artrosis variará de articulación en articulación.
- Ocupación: El grado de incidencia de la ocupación variará en el tipo de ocupación y en la articulación que más se vea afectada por este trabajo. En el caso de la rodilla, se verá mayoritariamente afectada por actividades que requieran su constante flexión y extensión.
- Las actividades deportivas serán un factor de riesgo siempre cuando sea una actividad que afecte a la articulación directamente, y variará dependiendo de la articulación y el tipo de deporte.
- Alteraciones de la superficie del cartílago: enfermedades reumáticas.

El dolor es el síntoma básico que lleva el paciente a la consulta médica, es de tipo mecánico, es decir que aumenta al caminar pero sobre al subir y bajar escaleras, pueden notarse crujidos e inestabilidad de la rodilla (nota que la rodilla se les va).

Frecuentemente al dolor mecánico persistente se le puede sumar ciclos de dolor agudo que se acompaña de inflamación de la articulación. Ya en los estadios más evolucionados puede existir limitación de la movilidad, tumefacción y atrofia muscular (los pacientes no son capaces de extender ni flexionarla completamente).

Entre los métodos de diagnóstico y exámenes complementarios se encuentra el interrogatorio y el examen físico, que son los de mayor importancia, complementarios, tomografía computarizada, resonancia magnética, radiología simple.

Tratamiento: en relación con el estadio evolutivo de la enfermedad existen opciones de tratamiento médico o quirúrgico:

Tratamiento médico se reserva para los pacientes que no estén en condiciones quirúrgicas por su mal estado general, pueden prescribirse: analgésicos y antiinflamatorios, además de indicar al paciente reducción de peso corporal, modere sus actividades diarias, un programa de rehabilitación y el uso de un apoyo para la deambulación (bastón o andadera).

Tratamiento conservador:

- Medidas higiénicas: reducción de peso restricción de las actividades, uso de bastón.
- Rehabilitación: Fortalecimiento de músculos del cuádriceps mediante ejercicios isométricos e isotónicos.
- Medicamentos: AINES, por ejemplo el naproxeno, diclofenaco.

Cuando la artrosis es muy avanzada, la deformidad severa, el dolor importante y el paciente no pueden realizar una vida normal, es el momento de plantear la intervención quirúrgica:

Tratamiento quirúrgico: ante la falta de respuesta al tratamiento conservador, existen diversas posibilidades quirúrgicas entre ellas la artroplastia total de rodilla.

5.8 Artroplastia total de rodilla

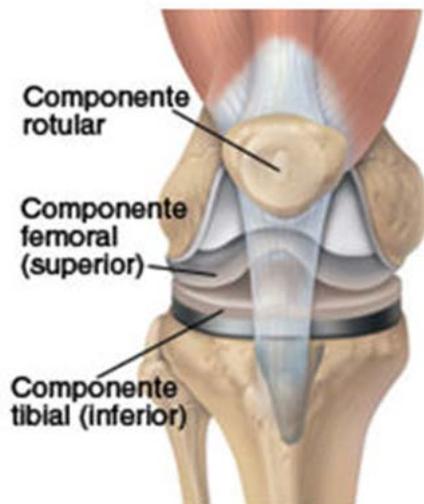
Las prótesis de rodilla habitualmente constan de un componente femoral, un componente tibial y un polietileno entre ambos, que es una pieza de un plástico especializado que favorece la congruencia entre las anteriores. En ocasiones y según la indicación del cirujano, se sustituye la superficie rotuliana por un componente habitualmente de plástico también. En si las piezas utilizadas están fabricadas en acero inoxidable y plástico de alta resistencia las cuales deben estar unidas firmemente al hueso, ya sea por medio de cemento acrílico o por crecimiento óseo en la superficie porosa externa del implante.

La cirugía protésica, consiste en la sustitución de la articulación de la rodilla por una rodilla artificial (prótesis), que es aconsejable realizarla en personas de más de 60 o 65 años, ya que las prótesis tienen un tiempo de duración limitado (15 a 20 años).²



La prótesis de rodilla

La prótesis permite que su rodilla vuelva a doblarse con facilidad. Los extremos ásperos del fémur y la tibia y la parte inferior de la rótula son reemplazados por componentes metálicos y de plástico de alta densidad. Con las nuevas superficies lisas, los huesos pueden volver a deslizarse libremente. A pesar de que tiene limitaciones, una prótesis de rodilla puede permitirle caminar y desplazarse con más comodidad, aliviar el dolor del paciente y recuperar un mayor nivel de actividad.



Después de la cirugía

El médico supervisará los progresos una vez que se despierte el paciente o recupere la sensibilidad y la fuerza en las piernas, después de la operación, se usarán dispositivos auxiliares que le ayudarán a recuperarse. Es fundamental que el paciente le cuente al personal de enfermería y a su cirujano cómo se siente y si se está controlando eficazmente su dolor.

Pero tras la intervención quirúrgica no acaba todo, y es aquí donde el paciente debe ponerse a trabajar junto con su fisioterapeuta y familiar, siguiendo las indicaciones de éste sobre el trabajo a realizar en casa. La actitud activa del paciente es decisiva para una rápida y completa recuperación. Debemos tener en cuenta que, para obtener los mayores beneficios tras la intervención, debemos llevar a cabo una adecuada atención postoperatoria, realizando los ejercicios más adecuados a cada paciente.

Principales objetivos tras la intervención

- Reducir el dolor
- Evitar complicaciones como, por ejemplo, trombosis venosa profunda.
- Mejorar la fuerza y la amplitud de movimiento.
- Mejorar el equilibrio y la marcha
- En definitiva buscamos, preparar al paciente para la independencia en las actividades de la vida diaria

VI DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 -Ficha de identificación

DATOS GENERALES		5 enero 2015
NOMBRE	M.A	
SEXO	FEMENINO	
EDAD	72 AÑOS	
PRESION ARTERIAL	122/56mm/hg	
FC	60 x'	
FR	18 x'	
TEMPERATURA	36.4 °	
GLICEMIA CAPILAR	87mg/dl.	
ALERGIAS	NEGADAS	
TABAQUISMO	NEGADO	
ALCOHOLISMO	NEGADO	
DROGAS	NEGADAS	
DIETA	PARA DIABÉTICO E HIPERTENSO DE 1200 KCAL. BLANDA, DIVIDIDA DURANTE EL DÍA (DESAYUNO, COMIDA Y CENA), CON DOS COLACIONES.	

PROBLEMAS Y/O PATOLOGIAS PRESENTES	DM TIPO II, HAS Y GONARTROSIS
ANTECEDENTES MEDICO	MENARQUIA A LOS 11 AÑOS, MENOPAUSIA A LOS 46 AÑOS.
VACUNAS	DESCONOCE SI LE APLICARON TODAS LAS VACUNAS, YA QUE NO CUENTA CON SU CARTILLA DE VACUNACION.
NIVEL SOCIECONIMICO	MEDIO
ESTADO CIVIL	CASADA
HIJOS	3 HIJOS, DOS HOMBRES Y UNA MUJER
OCUPACION ACTUAL	AMA DE CASA
ACTITUD	ADECUADA
RELIGION	CATOLICA
VIVE CON	SU HIJA, SU YERNO Y SU NIETA DE 2 AÑOS.
DOMICILIO	AV. DEL IMAN 580, EDI. SOL DEP. 202 PEDREGAL DEL CARRASCO.
OBSERVACIONES	ES UNA PACIENTE ADULTA MAYOR QUE CURSA EN LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA, QUIEN

	<p>CUENTA CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACIÓN, LO QUE CONDICIONA A UNA LIMITACIÓN PARA TRASLADOS, MOVIMIENTO, POSTURAS, LO QUE PONEN EN DESVENTAJA PARA PODER DESEMPEÑAR SU ROL SOCIAL, RECREATIVO Y FAMILIAR, POR LO QUE ESTA PROGRAMADA PARA CIRUGIA (ARTROLPLASTIA TOTAL DE RODILLA DERECHA).</p>
--	--

Tratamiento médico de la paciente

MEDICAMENTO	VIA	INDICACIONES
METFORMINA	V.O	Diabetes mellitus no dependiente de insulina (tipo II) leve o moderada;
TELMISARTAN	V.O	Tratamiento de la hipertensión.
AMLODIPINO	V.O	Hipertensión arterial

6.2 Valoración de las necesidades

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<p>1. Moverse y mantener una buena postura</p>	<p>Adulta mayor que presenta lesión de la rodilla derecha que limita sus AVD, causando alteración en la marcha limitándola.</p> <p>Post-cirugía de prótesis de rodilla.</p> <p>Necesita apoyo de la andadera para la deambulación e incluso de una silla. Para traslados largos fuera del mismo.</p>	<p>Logra ponerse de pie con ayuda de la andadera.</p> <p>Realiza ejercicios de rehabilitación manifestando que hay cambios (disminución del dolor).</p> <p>El índice de Katz es la F, (Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos). Apoyándose de la andadera y de la fuerza de su familiar.</p>
<p>2. Evitar peligros</p>	<p>Requiere de apoyo con la andadera para poder</p>	<p>El resultado del índice de katz es la F, (Entra y sale</p>

	<p>trasladarse de un lugar a otro evitando caerse, en caso de tramos muy largos usa la silla de ruedas.</p> <p>El espacio que tiene dentro del área que le corresponde en el hospital es reducido por lo que a veces dificulta auxiliar a la paciente cuando lo requiere.</p> <p>Necesita zapato cómodo y con suela antiderrapante para evitar resbalarse.</p>	<p>de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).</p> <p>Necesitando ayuda de la andadera.</p>
<p>3. Nutrición e hidratación</p>	<p>La paciente cuenta con placa dental total, con la cual ingiere una dieta para diabético e hipertenso tres veces al día, más dos colaciones.</p> <p>Dextroxtix 87mg/dl.</p>	<p>El índice de katz que presenta la paciente es la F. (Lleva la comida desde el plato a la boca).</p>

<p>4. Eliminación</p>	<p>Necesidad en riesgo ya que ha llegado a estreñirse por falta de movilización, por lo que ha necesitado ingerir papaya. Movilizarse dentro y fuera de cama al ser indicado.</p> <p>Necesita ayuda de la andadera para poder ir al baño. EL primer día de postoperatorio utilizo el cómodo.</p>	<p>Evacua todos los días, siendo estas heces semiformadas.</p> <p>Peristaltismo presente.</p> <p>El índice de katz es la F, (Control completo de micción y defecación, accede al retrete (puede usar o no soportes mecánicos). En este caso</p>
<p>5. Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>Necesita ayuda para poder quitar y poner la ropa de la cintura hacia abajo.</p>	<p>Logra quitarse y ponerse la ropa de la cintura hacia arriba sin ninguna dificultad.</p> <p>El índice de Katz que presenta es la F, (Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y</p>

		usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
6. El Descanso y sueño	Necesidad en riesgo de alteración, ya que por el dolor que presenta necesita de algún analgésico para disminuir el dolor.	
7. Higiene y protección de la piel	Necesita un poco de ayuda para poderse tallar el cuerpo mientras se baña de la cintura hacia abajo, así como lubricarlo, ya que lo realiza todos los días.	Es una persona limpia, aseada, con mucosas orales hidratadas, con buena higiene bucal y de su prótesis dental. Uñas de manos, pies cortas y limpias. El índice de katz es la F
8. Comunicación		Existe una muy buena comunicación con su hija y yerno. Durante su estancia hospitalaria hay buena

		<p>comunicación con todo el equipo multidisciplinario.</p> <p>Sin problema alguno.</p> <p>Calificación de la valoración mini mental es de 20 puntos= deterioro cognitivo leve.</p>
<p>9. Trabajar y realizarse</p>	<p>Depende económicamente de su esposo, desde que se casó hasta la fecha le manda.</p> <p>Actualmente también recibe apoyo económico de su yerno ya que vive con la familia de su hija.</p> <p>Por cuestiones de salud.</p>	
<p>10. Jugar, participar en actividades recreativas</p>		<p>Diario lee.</p> <p>Le gusta ver programas de televisión diario.</p> <p>Le gusta bordar.</p>

<p>11. Aprendizaje</p>		<p>Le gusta preguntar por su padecimiento, seguir indicaciones.</p> <p>Si no recuerda algún dato o comentario, lo pregunta hasta estar segura que lo recuerda correctamente.</p> <p>Calificación de la valoración mini mental es de 20 puntos= deterioro cognitivo leve.</p>
<p>12. Vivir según sus creencias</p>		<p>De religión católica</p>
<p>13. Oxigenación</p>		<p>T/A 122/56</p> <p>FC 60x´</p> <p>FR 18x´</p> <p>T 36.4°x´</p> <p>Cardiopulmonar normal</p>
<p>14. Termorregulación</p>		<p>Le gustan los ambientes calurosos.</p>

		<p>Usa vestimenta de acuerdo al clima.</p> <p>Hospitalizada usa solamente la bata.</p> <p>Se adapta sin dificultad a los cambios de clima.</p>
--	--	--

6.3 Conclusión diagnóstica de enfermería

NECESIDAD		GRADO DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.
1	Oxigenación	I	X	
		PD		
		D		
2	Nutrición	I		00179 Riesgo de glicemia inestable R/C con DM
	Hidratación	PD	X	
		D		
3	Eliminación	I		00015 Riesgo de estreñimiento R/C falta de movilización M/P dificultad para defecar.
		PD	X	
		D		
4	Moverse y mantener una buena postura	I		00085 Deterioro de la movilidad física R/C: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar • Dolor • Falta de conocimientos respecto al valor de la actividad • Miedo a iniciar el movimiento • Deterioro músculo-esquelético • Disminución de la fuerza
		PD		
		D	X	

				M/P: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Dificultad para realizar las actividades de autocuidados • Trastornos del sueño • Dificultad para las AVD
5	Descanso y sueño	I		00095 Insomnio
		PD	X	R/C:
		D		<ul style="list-style-type: none"> • Malestar físico (dolor). • Cambio en el entorno M/P: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño.
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		00109 Déficit de autocuidado (vestido) R/C dificultad para ponerse algunas prendas (cintura hacia abajo) M/P dolor al realizar algunas actividades (agacharse).
		PD	X	
		D		
7	Termorregulación	I		00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C ropa inadecuada (bata de hospital) y edad avanzada.
		PD	X	
		D		

8	Higiene y protección de la piel	I		00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene R/C dificultad para realizar algunas actividades (agacharse, tañarse, lubricarse la piel de la cintura hacia abajo), M/P dolor a la actividad.
		PD	X	
		D		
9	Evitar peligros	I		00155 Riesgo de caídas R/C uso de dispositivos de ayuda (traslado con la andadera), espacio reducido y prótesis en las extremidades inferiores (prótesis total de rodilla derecha), M/P dolor a la movilización.
		PD		
		D	X	
10	Comunicarse	I		00212 Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal R/C siguiendo indicaciones proporcionadas.
		PD	X	
		D		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	
		PD		
		D		

12	Trabajar y realizarse	I		00055 Desempeño inefectivo del rol R/C cambios en el estado de salud (pos-operada de artroplastia total de rodilla derecha) y la función de su rol (ama de casa) M/P trastorno del sueño y disminución de la productividad.
		PD		
		D	X	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	Riesgo 00097 Déficit de actividades recreativas R/C cambios en el estado de salud (pos-operada de ATR derecha), entorno desprovisto de actividades recreativas M/P dolor.
		PD		
		D		
14	Aprendizaje	I	X	Riesgo 00131 Deterioro de la memoria R/C edad, alteraciones ambientales M/P en algunas ocasiones olvida realizar una conducta en el momento programado para ello, experiencia de olvidos.
		PD		
		D		
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

6.4 Plan de Cuidados de Enfermería

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de Enfermería: 00085 Deterioró de la movilidad R/C malestar, dolor, falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad, miedo a iniciar el movimiento, deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza, M/P limitación de la amplitud de movimientos, dificultad para realizar las actividades de autocuidado, dificultad para realizar las AVD, trastorno del sueño.

Objetivo: La Sra. M. logre al máximo la eficiencia de la movilidad de la rodilla operada. Realizando la sedestación y bipedestación fuera de cama.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1400) Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de frío, en la rodilla operada, 20 minutos cada 4 horas a través de una crioterapia. 	La crioterapia, ayuda a aliviar los espasmos musculares secundarios a una lesión articular o esquelética, reduce el hinchazón y el edema.
(6490) Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración de analgésicos (paracetamol 1 gramo cada 8 horas., ketorolaco 30 mg., cada 8 horas, y Tramadol 50 mg., 	Un analgésico es un medicamento para calmar o eliminar el dolor, ya sea de cabeza, muscular, de artritis, etc.

<p>(0226) Terapia de ejercicios: control</p>	<p>PRN cada 8 horas., alternados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñarle y recordarle constantemente el buen uso de la andadera. ➤ Fomentar la seguridad del paciente, quitar objetos del piso y del área por donde transita el paciente, usar zapato cómodo antiderrapante. ➤ Enseñar al paciente y familiar sobre la importancia de su movilidad (dar seguimiento de las indicaciones de la terapia de rehabilitación) 	<p>La andadera es un auxiliar muy efectivo para el adulto mayor con requerimientos de apoyo que lo apoyan a trasladarse de un lugar a otro.</p> <p>La seguridad en el paciente minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación del mismo.</p> <p>Después de la cirugía, es importante que el paciente comience a caminar distancias cortas en su cuarto y realice actividades ligeras durante el día. Esta</p>
---	---	--

	<p>durante su estancia hospitalaria.</p> <p>➤ Realización de ejercicios de terapia física con ayuda del servicio de rehabilitación:</p> <p>1.- Ejercicios que podemos comenzar el mismo día de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Isométricos de cuádriceps. ❖ Elevaciones del miembro inferior recto ❖ Flexión activa de rodilla 	<p>movilización temprana previene del estancamiento de sangre y evita la formación de trombos en las venas y al mismo tiempo promueve que sus músculos se ejerciten y se preparen para caminar paulatinamente de una mejor manera.</p> <p>Los ejercicios físicos (terapia física), mejoran la amplitud de los movimientos y aumento del tono muscular.</p>
--	---	--

	<p>2. Ejercicios en sedestación</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Extensión de rodilla❖ Flexión de rodilla❖ Reeducción de la marcha	
<p>Evaluación: Camina a paso lento pero con mayor seguridad</p>		

Necesidad: Evitar peligros

Diagnóstico de enfermería: 00155 Riesgo de caídas r/c uso de dispositivo de ayuda (traslado con la andadera) y prótesis de la extremidad inferior (prótesis total de rodilla derecha), m/p dolor a la movilización.

Objetivo: Mantener la integridad física durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6490) Prevención de caídas.	➤ Deambulación con apoyo de la andadera.	Las medidas de seguridad proporcionan a los pacientes una barrera segura para moverse de un lado a otro según su necesidad de movilización evitando una caída.
(1780) Cuidados de una prótesis.	➤ Proporcionar indicaciones a seguir para su rehabilitación. (ver anexos)	Poco después de la cirugía, la paciente comenzará a caminar distancias cortas en su cuarto de hospital y realizará actividades ligeras durante el día. Esta movilización temprana previene del estancamiento

<p>(7170) Facilitar la presencia de la familia.</p>	<p>➤ Fomentar la participación del familiar</p>	<p>de sangre y evita la formación de trombos en las venas y al mismo tiempo promueve que sus músculos se ejerciten y se preparen para caminar paulatinamente de una mejor manera.</p> <p>El familiar debe permanecer con el paciente, mantenerse alerta a cualquier eventualidad que observe.</p>
<p>Evaluación: El paciente se mantiene y se adapta a su nivel de actividad, manteniendo su integridad física.</p>		

Necesidad: Evitar peligros

Diagnóstico de Enfermería: 00004 Riesgo de infección R/C herida quirúrgica (postoperada de artroplastia total de rodilla derecha).

Objetivo: Evitar infección en herida la quirúrgica.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6550) Protección contra las infecciones	<ul style="list-style-type: none">➤ Administración de antibióticos después de la cirugía realizada ATR. (Levofloxacino 500 mg. Cada 24 horas, iv).	Es importante ya que nos ayuda a prevenir algún tipo de infección, y más por el tipo de cirugía.
(3440) Cuidados del sitio de incisión.	<ul style="list-style-type: none">➤ Vigilar si no hay datos de alarma (enrojecimiento temperatura en el sitio de inserción o salida de algún líquido). La cual se realiza cada 24 horas. Durante la visita médica, por el residente.	Esto es un factor determinante en la cicatrización de la herida, puesto que una pronta detección evitara complicaciones y permitirá que la herida cicatrice en tiempo y forma.
Evaluación: Herida quirúrgica limpia sin datos de alarma.		

Necesidad: Evitar peligro

Diagnóstico de Enfermería: 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica

R/C cirugía ortopédica (postoperada de artroplastia total de rodilla derecha).

Objetivo: Prevenir una alteración en la circulación.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(4070) Precauciones circulatorias	➤ Colocación de medias antitromboticas. (MEDIAS TED).	Todo paciente que será sometido a una ATR, es importante el uso de las medias ted ya que ayuda a prevenir alguna trombosis venosa profunda.
Evaluación: No se presentó ningún problema circulatorio durante la estancia hospitalaria.		

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: 00179 Riesgo de glicemia inestable relacionado con DM.

Objetivo: Mantener una buena ingesta de nutrientes en la dieta de la paciente, de acuerdo a la dieta indicada.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
<p>(1160) Control y seguimiento de la nutrición.</p> <p>(1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación</p>	<p>➤ Favorecer nutrición e hidratación adecuada. Proporcionando una dieta para diabético e hipo sódica.</p>	<p>El proporcionar una dieta nutritiva conforme a sus necesidades que requiera, se verán cubiertas las necesidades de ingesta de líquidos y nutrientes. El cuerpo humano requiere para desarrollar sus funciones, nutrientes variados. Éstos los obtenemos a través de los alimentos que de manera regular, ingerimos durante las tres o más ocasiones en que lo hacemos diariamente. Si la ingesta diaria no contiene la</p>

		<p>variedad de nutrientes indispensables para nuestro desarrollo este se verá afectado. El mantener una dieta equilibrada, es ya es una necesidad de salud primordial mayor aún más en las personas pos operadas y con alguna patología agregada.</p>
<p>Evaluación: La paciente mantiene una dieta adecuada durante su estancia hospitalaria llevando un buen control de su Diabetes e Hipertensión Arterial.</p>		

Necesidad: Eliminación

Diagnóstico de enfermería: 00015 riesgo de estreñimiento R/C falta de movilización m/p dificultad para defecar.

Objetivo: La Sra. M. logre una eliminación fecal sin problema alguno.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(0221) Terapia con ejercicio: ambulación	<ul style="list-style-type: none">➤ Enseñar al paciente y familiar sobre la importancia de su movilidad durante su estancia hospitalaria. (Trasladarse de un lugar a otro con apoyo de la andadera).	La movilización es muy indispensable, ya que le ayuda a sentirse confortable, disminuye el dolor y hay una buena función intestinal.
(0440) Entrenamiento intestinal	<ul style="list-style-type: none">➤ Proporcionar alimentos ricos en fibra o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda. (para poder	El aumentar la fibra en la dieta, así como los líquidos ayuda al incrementó de heces fecales, formadas y blandas y así mismo evita el estreñimiento.

	<p>evacuar sin problema alguno).</p> <p>➤ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.</p>	
<p>Evaluación: La paciente evacua una vez al día sin problema alguno.</p>		

Necesidad: Usar prendas de vestir adecuado

Diagnóstico de enfermería: 00109 déficit de autocuidado (vestido) r/c dificultad para ponerse algunas prendas (cintura hacia abajo) m/p dolor al realizar algunas actividades (agacharse).

Objetivo: que la Sra. M. logre realizar sus actividades diarias por ella misma.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1802) Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	➤ Proporcionarle la ayuda necesaria para que pueda realizar su actividad (vestirse-arreglarse), hasta que la paciente pueda realizarla por si sola. (Ayudarle a ponerse la ropa de la cintura hacia abajo, así como el calzado, ya que la paciente no tolera agacharse).	Es importante ayudar al paciente, proporcionarle las prendas adecuadas para su vestimenta durante su estancia hospitalaria ya que su enfermedad o padecimiento repercute sobre su vida cotidiana.
Evaluación: El paciente utiliza prendas de vestir de acuerdo a sus necesidades durante su estancia hospitalaria (bata), aun con dificultad para agacharse.		

Necesidad: Descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería: 00095 insomnio R/C malestar físico (dolor), cambio en el entorno M/P dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo: Lograr que la Sra. M. concilie el sueño por la noche, que descanse proporcionando un espacio de confort.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1850) Mejorar el sueño	➤ Evitar factores que interfieran en la conciliación del sueño (ruidos, iluminación excesiva, frío, calor, dolor).	Una vez que identifiquemos el factor que interfiere en su sueño podremos intervenir. Logrando que tenga un descanso confortable.
Evaluación: La paciente consigue dormir durante el descanso nocturno cómodamente durante su estancia hospitalaria, refiriendo conciliar el sueño y estar descansada, cuando se adaptó al ambiente hospitalario.		

Necesidad: Higiene y protección de la piel

Diagnóstico de enfermería: 00108 Déficit De Autocuidado: Baño/Higiene r/c dificultad para realizar algunas actividades (agacharse, tallarse, lubricarse la piel de la cintura hacia abajo), m/p dolor a la actividad.

Objetivo: Lograr que la Sra. M. realice el baño por si sola respetando su individualidad durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1801) Ayuda en el autocuidado: baño / higiene	➤ Proporcionar la ayuda necesaria durante el baño, hasta que la paciente pueda realizarla por si sola. (Tallarse el cuerpo y lubricarlo, de la cintura hacia abajo).	El baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y

		<p>sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea.</p>
<p>Evaluación: La paciente se baña aun con dificultad los miembros inferiores ya que todavía se le dificultad agacharse.</p>		

Necesidad: Comunicación

Diagnóstico de enfermería: 00212 Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal r/c apego al tratamiento indicado.

Objetivo: Lograr que la paciente tenga una buena comunicación entre enfermera-paciente para que pueda llevar a cabo todo el tratamiento indicado.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	<ul style="list-style-type: none">➤ Enseñar al paciente y familiar sobre la importancia de su movilidad durante su estancia hospitalaria. ➤ Enseñar el correcto funcionamiento y uso de la andadera.	<p>La educación de las personas de la tercera edad ya que de esta manera se fomenta su independencia, se mejora el bienestar social y se les brinda la oportunidad de vivir una vida más plena.</p> <p>Esta movilización temprana previene del estancamiento de sangre y evita la formación de estasis venosa.</p>

	<p>➤ Caminar distancias cortas en su cuarto de hospital y realizar actividades ligeras durante el día.</p>	<p>Promueve que sus músculos se ejerciten y se preparen para caminar paulatinamente de una mejor manera.</p>
--	--	--

Evaluación: apoyo familiar durante el tratamiento, donde piden información sobre los cuidados a seguir en casa, para lograr una mejor rehabilitación de la paciente.

Necesidad: Trabajar y realizarse

Diagnóstico de enfermería: 00055 Desempeño inefectivo del rol

R/c cambios en el estado de salud y la función de su rol m/p trastorno del sueño y disminución de la productividad.

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de la Sra. M para que pueda realizar sus AVD.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1402) Control de la ansiedad	➤ Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.	Las técnicas de relajación son una herramienta muy importante para conseguir tranquilidad y quietud, dotándonos de estrategias para enfrentarnos a diversas situaciones de la vida cotidiana, el disminuir los pensamientos que nos producen ansiedad, trastornos del sueño, nos llevará a un estado de calma y paz, permitiendo dejar de lado las preocupaciones.
Evaluación: El paciente muestra mejoría del nivel de ansiedad así como también logra conciliar el sueño, expresa sus inquietudes.		

Necesidad: Termorregulación

Diagnóstico de enfermería: 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c ropa inadecuada.

Objetivo: Mantener una termorregulación dentro de los parámetros normales durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6680) Monitorización de signos vitales.	➤ Monitorización de la temperatura corporal, coloración de piel, presión sanguínea, frecuencia respiratoria y cardiaca.	Los signos vitales sirven como indicadores importantes de la condición del paciente. Además el llevar un registro favorece la intervención del personal de salud ante cualquier eventualidad, ya que nos proporcionarán un parámetro fidedigno del estado de nuestro paciente así como de detectar cualquier signo de complicación fisiológica.

<p>(6482) Manejo ambiental: confort</p>	<p>➤ Proporcionar confort durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Confort es lograr la comodidad del paciente tanto en el aspecto emocional, físico y en el ambiente, todo esto lo ayuda a sentirse mejor independiente donde se encuentre.</p>
<p>(3900) Regulación de la temperatura</p>	<p>➤ Proporcionar las prendas necesarias para que mantenga su propia temperatura.</p>	<p>Ayuda a mantener la temperatura propia del paciente así como su individualidad.</p>
<p>Evaluación: El paciente mantiene durante su hospitalización una termorregulación dentro de los parámetros normales.</p>		

Necesidad: Jugar, participar en actividades recreativas

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo 00097 déficit de actividades recreativas R/C cambios en el estado de salud (pos-operada de ATR derecha), entorno desprovisto de actividades recreativas M/P dolor.

Objetivo: Proporcionar un ambiente agradable durante su estancia hospitalaria, así como disminuir el dolor, para que la paciente pueda realizar algún actividad recreativa (bordar).

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6482) Manejo ambiental: confort	<ul style="list-style-type: none">➤ Proporcionar un ambiente agradable donde la paciente puede realizar alguna actividad para recrearse como es el bordar ya que por su estado de salud no puede asistir algún grupo del adulto mayor.	Ambiente agradable es lograr la comodidad del paciente tanto en el aspecto emocional, físico y en el ambiente, todo esto lo ayuda a sentirse mejor independiente donde se encuentre.
(1400) Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none">➤ Administración de analgésicos	Los analgésicos son medicamentos que le ayudan a disminuir el dolor,

		lo cual le permite que pueda realizar alguna actividad si ningún problema.
Evaluación: La paciente logra realizar las actividades que ella utiliza para recrearse, como es el bordar, ver la televisión durante su estancia hospitalaria y más con la disminución del dolor.		

Necesidad: Aprendizaje

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo 00131 Deterioro de la memoria

R/C edad, alteraciones ambientales M/P en algunas ocasiones olvida realizar una conducta en el momento programado para ello, experiencia de olvidos.

Objetivo: Estimular la memoria para lograr una mejor retención de la información e indicaciones que se le proporcionar por el personal de salud.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
4720 Estimulación cognoscitiva	<ul style="list-style-type: none">➤ Orientar con respeto al tiempo, lugar, y personas.➤ Reforzar o repetir la información.	El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para desarrollar sus potencialidades y así aumentar su rendimiento en las diversas áreas en las cuales se desenvuelve diariamente. Al alcanzar un máximo rendimiento intelectual, se favorece que los adultos mayores puedan desempeñar de manera segura y práctica las actividades de la vida diaria, mejorando
4820 Orientación de la realidad	<ul style="list-style-type: none">➤ Utilizar señales ambientales (signos, relojes, calendario), para estimular la memoria.	

		<p>considerablemente su calidad de vida.</p> <p>Ya que a lo largo de la vida las personas incorporan constantemente información del ambiente de acuerdo a la actividad que desempeñan. No obstante, al pasar los años el envejecimiento físico y cognitivo avanzan paulatinamente sin detenerse, aun así algunas capacidades pueden activarse mediante el aprendizaje, el ejercicio o entrenamiento.</p>
<p>Evaluación: Se encuentra orientada, concentrada, comunicándose de forma clara, recordando información reciente.</p>		

VII CONCLUSIONES

La realización del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) resulto muy satisfactorio, ya que permite proporcionar cuidados de enfermería enfocados al restablecimiento de la salud, con una adecuada fundamentación científica acciones orientadas a la pronta recuperación del paciente y reincorporación al núcleo familiar.

La aplicación de la atención integral implica un gran reto ya que se trata de encontrar la manera por la cual se debe dar satisfacción a alguna necesidad sin descuidar alguna otra necesidad o contribuir a la acumulación de factores de riesgo que pongan en peligro la integridad de cada paciente.

Cada situación es diferente al igual que cada paciente y es por esto que el análisis se convierte en una tarea difícil ya que se va de lo general a lo particular permitiendo conocer mejor al paciente, individualizarlo y brindarle la atención oportuna y dirigida.

En el transcurso de la realización de dicho proceso se presentó, la facilidad de obtener información de forma directa, el paciente se mostró muy accesible a responder cada una de las preguntas que le fueron formuladas. Esto facilito, la aplicación del Modelo de Virginia Henderson, primero identificando cual o cuales de las 14 necesidades no estaban satisfechas.

Cabe señalar que el tiempo de estancia hospitalaria fue de una semana y el plan de cuidados propuesto se ejecutó en un 80%, ya que el paciente fue dado de alta; sin embargo, se estructuraron los diagnósticos de enfermería, se ejecutaron y evaluaron los cuidados planteados. La revaloración se realizó solamente una vez,

a las dos semanas de haberse dado de alta, a través de una entrevista mientras asistía a su terapia en el servicio de rehabilitación. El plan de alta se construyó de manera simultánea con el familiar insistiendo en la educación para la salud, dando mayor énfasis en la rehabilitación, ya que esta es la más importante para una pronta recuperación.

Se lograron los objetivos planteados en el inicio del trabajo ya que la paciente logro adaptarse a su nivel de actividad, manteniendo su integridad física, camina a paso lento pero con mayor seguridad, mantuvo una dieta adecuada durante su estancia hospitalaria con lo cual se logró el control de su diabetes, evacua una vez al día sin problema alguno. En cuanto a la necesidad de movilidad se baña aun con dificultad los miembros inferiores ya que todavía se le dificultad agacharse, utiliza prendas de vestir de acuerdo a sus necesidades durante su estancia hospitalaria (bata). También consigue dormir durante el descanso nocturno refiriendo conciliar el sueño y estar descansada, hay apoyo familiar durante el tratamiento, que también se manifiesta por que los familiares piden información sobre los cuidados a seguir en casa para lograr una mejor rehabilitación de la paciente. Además la paciente mantuvo durante su hospitalización una termorregulación dentro de los parámetros normales, logra realizar las actividades que ella realizaba para recrearse, como es el bordar y ver la televisión durante su estancia hospitalaria. Durante todo el tiempo de hospitalización la paciente se encontró orientada, concentrada y comunicándose de forma clara.

Por todo lo anterior el presente trabajo me permitió trabajar con una perspectiva holística en torno a un modelo de enfermería. Las funciones de enfermería no sólo

se enfocan al mantenimiento y al restablecimiento de la salud, sino también al acompañamiento y bienestar hasta los últimos instantes de vida, así como a la enseñanza-aprendizaje y en cuanto a esto me siento satisfecha de haber contribuido al bienestar del paciente y a la protección de su dignidad.

Aprendí que la salud del paciente no solamente es objetiva sino también es subjetiva, que los conocimientos adquiridos en la teoría son útiles al aplicarlos a la práctica y que las acciones o intervenciones no se puede realizar de manera aislada y sin fundamento científico.

También considero que el arte de la enfermería requiere de un proceso sistémico y organizado para brindar los cuidados que la persona requiere, basándose en hechos científicos y en las necesidades propias de la enfermedad. La aplicación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) favorece la integración del individuo en la sociedad, con una vida productiva, tomando en cuenta sus limitaciones, pero a su vez identificando sus fortalezas para hacerlos participes en el mismo proceso, realizando actividades para insertarlo nuevamente como un ser bio-psico-social.

Es entonces que puedo decir que logré como profesional de la salud una reflexión sobre la valoración del paciente, la elaboración de diagnósticos de enfermería, aplicación de intervenciones de enfermería y la evaluación de los resultados obtenidos.

VIII SUGERENCIAS

Promover la aplicación del proceso de enfermería para delimitar las actividades propias de la disciplina y a su vez evitar la confusión de roles con el resto del equipo multidisciplinario.

Que los pasantes de la licenciatura de enfermería, opte por la titulación por medio de la realización del proceso de enfermería, ya que durante el transcurso de la formación académica se obtienen los conocimientos necesarios para su aplicación, lo cual facilita su elaboración y por ende la pronta titulación. Por lo que es importante enfatizar que durante la formación académica nos documentemos a profundidad sobre la elaboración y aplicación del proceso enfermero, de manera que como egresado cuente con los conocimientos y herramientas para desarrollarlo como un proyecto con fines de titulación.

Finalmente externo que es importante que se continúe con la opción de titulación del proceso enfermero ya que nos permite fortalecer conocimientos y habilidades en la atención clínica del paciente, indispensable en el campo laboral.

IX BIBLIOGRAFIA

1. - Seth LC. Palmer R., Johnson M. et al. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN GERIATRÍA. México D.F.: Manual Moderno; (2005).
- 2.- Silberman F., Varaona O. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA. Buenos Aires Argentina: Médica Panamericana; (2003)
- 3.- García MC., Martínez ML. HISTORIA DE LA ENFERMERIA: EVOLUCION HISTORICA DEL CUIDADO. Madrid España: Elsevier; (2001). Pp 13-20.
- 4.- Carrasco L. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, CUIDADOS BÁSICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LA PERSONA. México D.F.: 1º edición, Manual Moderno; (2010).
5. - Marion J., Gloria B., Howard B., et al. INTERRELACIONES NANDA NOC Y NIC. Madrid España: Elsevier Mosby; (2007).
- 6.- Marriner AR. MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Barcelona España; (2007).
- 7.- García HM., Martínez CF., Flores TM. Et al. MANUAL DE ENFERMERIA GERIATRICA. (Modulo 1). España: MAD; (2010).
- 8.- García HM., Torres EM. Ballesteros PE. ENFERMERIA GERIATRICA. Barcelona: Masson; (2000).
- 9.- García HM., Martínez SR. ENFERMERIA Y ENVEJECIMIENTO. España: Elsevier Masson; (2012).

10. - Moorhead S., Johnson M., Swanson E. et al. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA. (NOC). Barcelona España: Elsevier; (2014).
- 11.- Tabloski PA. ENFERMERIA GERONTOLOGICA. Madrid España: Pearson; (2010).
- 12.- Wesley RL. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA. 2° edición. México D.F; (1997).
- 13.- Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología, consultada el 10 Septiembre 2015, disponible en <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>
- 14.- Instrumento de las 14 necesidades - Proceso de enfermería (Manuscrito no publicado). México: UNAM/ENEO/SUA
- 15.- García MC., Martínez ML. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO ENFERMERO. Madrid (España): MMI Elsevier (2001). pp. 13-20.
- 16.- Heather H. NANDA INTERNATIONAL DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2009-2011. Barcelona España: Elsevier (2010). 431págs.

X-ANEXOS

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) tiene una elevada prevalencia y su incidencia está aumentando en las personas mayores de 65 años. La DM se clasifica como tipo 1 (como consecuencia de una producción insuficiente de insulina) y tipo 2 (como resultado de la resistencia a la insulina). La DM de tipo 1 es con mayor frecuencia una enfermedad autoinmune que se produce cuando el sistema inmunológico del organismo destruye las células pancreáticas B, pero también puede aparecer por la destrucción pancreática secundaria a una infección viral como la parotiditis, la rubeola, el sarampión, la gripe y la encefalitis. Las células B son las únicas en el cuerpo que producen la hormona insulina encargada de regular la glicemia. Las personas que padecen DM tipo 1 deben recibir insulina diariamente mediante inyecciones. La DM tipo 1 supone el 5 y 10% de todos los casos y generalmente afecta a niños y jóvenes, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. La DM tipo 2 generalmente comienza como resistencia a la insulina porque las células no pueden utilizar la insulina adecuadamente. Al aumentar las necesidades de insulina, con el tiempo las células B del páncreas pierden su capacidad para producir suficiente cantidad. La DM tipo 2 supone entre el 90 y el 95% de los casos de DM y se asocia con la edad avanzada, la obesidad, los antecedentes familiares y el sedentarismo.

La DM puede producirse por una secreción o utilización de insulina inadecuada que da lugar a unos niveles de glucemia anormalmente elevados y el daño o la

destrucción de múltiples órganos del cuerpo, entre ellos los ojos, los riñones, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso.

Factores de riesgo

Los antecedentes familiares y la genética juegan un papel muy importante.

Un bajo nivel de actividad (sedentarismo).

Edad superior a los 45 años.

Obesidad.

Presión alta (hipertensión).

De la población total de diabetes, el mayor porcentaje (90%) corresponde a diabetes mellitus tipo II.¹¹

Signos y síntomas

Poliuria, Polidipsia, y Polifagia

Perdido de peso a pesar de la polifagia. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que estos no reciben la señal de la insulina.

Fatiga o cansancio.

Cambios en la agudeza visual.

Deshidratación.

Diagnóstico

Se basa en la medición única o continúa (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma.

Glicemia en ayuno (normal-110, alteración de la glucemia en ayunas -110-125, +126 se considera diabético).

Tratamiento

Dieta

Ejercicio

Hipoglucemiantes

Insulina

Complicaciones

Retinopatía, neuropatía, nefropatía, enfermedad cardiovascular, coma diabético.¹

Hipertensión Arterial

La hipertensión es un trastorno muy grave y la enfermedad con más frecuencia que requiere tratamiento a largo plazo. Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Las cifras de la presión arterial son el resultado de la relación existente entre la fuerza con que el corazón bombea la sangre en cada contracción y la elasticidad de las arterias. Se trata de dos cifras, la sistólica y la diastólica que, cuando están por encima de 140/ 90 mm Hg, consideramos que es una hipertensión arterial. No obstante, esta cifra es arbitraria, pero sobre la base de distintos estudios nos señala que aquellos valores por encima de la cifra antes mencionada presentan un mayor riesgo de problemas cardiovasculares y de muerte.

Además la hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo ya que es el factor de riesgo más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como enfermedad cerebrovascular y renal.

Etiología

Algunos de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen: la obesidad, el consumo de alcohol, tensión nerviosa

Aunque en la mayoría de los casos de los pacientes con hipertensión su causa es desconocida, se puede afirmar que hay distintos factores detrás como la herencia, la dieta, los estilos de vida.

Además la hipertensión se presenta con mayor frecuencia entre los hombres y mujeres mayores de 65 años, llegando al 68%, debido a los cambios derivados del envejecimiento que aparecen en el sistema cardiovascular. La rigidez de los grandes vasos en el mayor favorece el aumento de la presión arterial sistólica. En las personas de edad avanzada suele darse un aumento de las resistencias periféricas, una disminución del volumen circulatorio y una hipertrofia del ventrículo izquierdo lo que genera una hipertensión combinada.

Signos y síntomas

La hipertensión es una enfermedad asintomática por excelencia, tanto así que se la ha llamado la asesina silenciosa, por lo que no resultaría extraño que no se recolecten muchos síntomas, o sean pocos por ejemplo dolor de cabeza, mareo y trastornos visuales.

Diagnostico

Tratamiento No farmacológico:

Medidas higiénicas

Reducción peso

Bajo consumo de sal y grasas de origen animal

Evitar el sedentarismo

Realizar ejercicio físico regular

Tratamiento Farmacológico: La farmacoterapia debe adaptarse en función de los factores de riesgo, las lesiones de órganos vulnerables y las afecciones

cardiovasculares y no cardiovasculares coexistentes, que son frecuentes en los ancianos.

Antihipertensivos: La farmacoterapia puede iniciarse con diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, antagonistas del receptor de la angiotensina, inhibidores de la ECA y betabloqueantes, en consonancia con las directrices generales. 7

Instrumentos de valoración

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: María de los Ángeles Badilla Hernández.	Edad: 72 años	Talla: 1.48
Fecha de nacimiento: 29 de Marzo del 1942	Sexo: femenino	
Ocupación: Hogar Religión: católica	Escolaridad: Primaria incompleta	Fecha de admisión: 05 01 15
Hora:15:30	Procedencia: Costa Rica	Fuente de información: directa
Fiabilidad: (1-4) 4	Miembro de la familia: Madre de familia	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; negado	Tos productiva /seca: negado
Dolor asociado con la respiración: negado	
Fumador: negado	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: negado.	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
T/A 122/56, FC 60x', FR 18x', T 36.4°x' y glicemia capilar 87mg/dl	
Tos productiva /seca: negado	Estado de conciencia: alerta
Coloración de piel/lechos inguinales/peri bucal: pálida / extraordinaria salud bucal.	
Circulación del retorno venoso: sin alteraciones	
Otros: Cardiopulmonar normal sin ruidos agregados	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): Dieta para diabético e hipo sódica
Número de comidas diarias: tres alimentos al día con dos colaciones
Trastornos digestivos: en ocasiones estreñimiento
Intolerancia alimentarias/ Alergias: Negado
Problemas de la masticación y deglución: no
Patrón de ejercicio: negado

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Disminuida
Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosas adecuado estado de hidratación.
Características de uñas/cabello: uñas cortas limpias, cabello largo con canas limpio.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Adulta mayor que presenta lesión de la rodilla derecha que limita sus AVD, causando alteración en la marcha limitándola, necesitando apoyo de andadera para la deambulación e incluso de una silla de ruedas, cuando son recorridos largos.
Aspecto de los dientes y encías: Es portadora de prótesis dental completa la cual se encuentra en buen estado, encías sanas.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: negadas
Otros: negados.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Heces una vez al día	
Características de las heces/orina/ menstruación: refiere que las heces son de color café claro semiformadas, orina amarillo claro, olor normal.	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negados	
Uso de laxantes: no, refiere que usa cosas naturales cuando esta estreñida, (papaya, ciruela pasa).	Hemorroides: negados
Dolor al defecar/menstruar/orinar: negado	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Se desespera cuando esta estreñida.	

Datos Objetivos:

Abdomen, características: Abdomen blando depresible sin dolor a la palpación.
Ruidos intestinales: Peristaltismo normal.
Palpación de la vejiga urinaria: no se palpa globo vesical.
Otros: negados

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si se adapta a los cambios de temperatura.
Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ningún tipo de ejercicio.
Temperatura ambiental que le es agradable: Ambiente caluroso.

Datos Objetivos:

Características de la piel: integra e hidratada
Transpiración: Disminuida
Condiciones del entorno físico: Ambiente templado
Otros: negados

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Ama de casa
Actividades en el tiempo libre: Ver televisión, leer y bordar
Hábitos de descanso: Por las tardes leyendo, viendo la tele o bordando.

Hábitos de trabajo: Algunos quehaceres de la casa.	
Posturas: Semifowler y decúbito lateral.	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: Si	
Refiere dolor al movimiento.	Presencia de temblores: negados
Estado de conciencia: orientada tranquila.	Estado emocional: Tranquila aparentemente

Datos Objetivos:

Estado del sistema m3sculo esquel3tico, fuerza: Disminuci3n la fuerza en ambas rodillas sobre todo en la derecha por presentar dolor a la marcha.
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: P3rdida de la capacidad del tono, resistencia y flexibilidad muscular.
<p>Funcionamiento neuromuscular y esquel3tico:</p> <p>Adulta mayor que presenta lesi3n de la rodilla derecha que limita sus AVD, causando alteraci3n en la marcha limit3ndola, necesitando apoyo de andadera para la deambulaci3n e incluso de una silla de ruedas, cuando son recorridos largos. Por lo que es programada para procedimiento quir3rgico, (artroplastia total de rodilla).</p>
Otros: Se apoya con un bast3n o andadera para la marcha y en ocasiones de la silla de ruedas.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Ama de casa
Actividades en el tiempo libre: Ver televisión, leer y bordar
Hábitos de descanso: Por las tardes leyendo, viendo la tele o bordando.
Hábitos de trabajo: Algunos quehaceres de la casa.

Horario de descanso: 8 a 9 p.m.	Horario de sueño: 10 a 11 p.m.
Horas de descanso: dos horas	Horas de sueño: 7 a 8 horas.
Siesta: negado	Apoyo para relajación: leyendo, viendo la tv.
Insomnio: si	Debido al dolor que presenta en la rodilla
Descansado al levantarse: a veces	

Datos Objetivos:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: tranquilo, se estresa cuando el dolor aumenta y más por la noche que no puede conciliar el sueño.	
Ojeras: no	Atención: a órdenes verbales
Bostezos: no	Concentración: en ocasiones se le dificulta.
Apatía: en ocasiones	Cefaleas: negadas
Respuesta a estímulos: verbales y a la movilidad.	
Otros: Por la noche se estresa por no conciliar el sueño.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAR DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: parcialmente independiente	
Vestido incompleto: si actualmente ropa hospitalaria	Sucio: no
Inadecuado: no	
Otros: Utiliza prendas cómodas de acuerdo a las actividades que realizara durante su estancia hospitalaria con el apoyo de su familiar.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

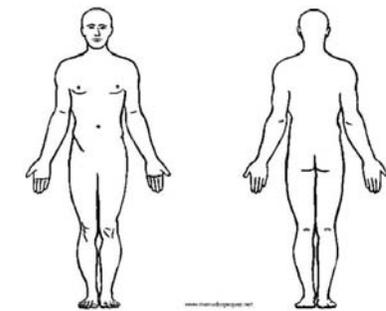
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: una vez al día todos los días, con cambio de ropa interior diario
Momento preferido para el baño: por las mañanas
Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día después de cada alimento
Aseo de manos antes y después de comer: si
Después de eliminar: si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

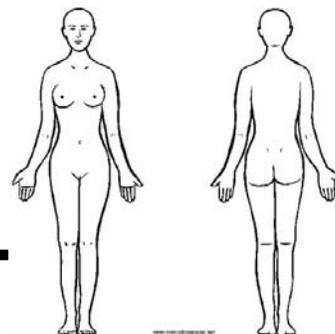
Datos Objetivos:

Aspecto general: limpia, aseada, con mucosas orales hidratadas, con buena higiene bucal y de su prótesis dental, uñas de manos, pies cortas y limpias.	
Olor corporal: no	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: limpio, sin presencia de micosis	
Lesiones dérmicas: no se observan	
Otros: necesita de una silla durante el baño ya que no tolera estar de pie por si sola.	

Masculino:



Femenino



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: esposo y cuatro hijos	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: tranquila	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: si	
Hogar: si	Trabajo: no trabaja
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si (acude cada seis meses a su chequeo médico).	
Durante su estancia hospitalaria es acompañada por familiares.	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: no expresa sus emociones	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: no aparentemente
Condiciones del ambiente en su hogar: Tranquilo, cálido
Trabajo: no actualmente
Integridad del sistema neuromuscular: hay una afectación en la articulación de la rodilla, que consiste en la pérdida del cartílago articular, la formación de osteofitos y la deformación de la articulación afectada, generando dolor a la marcha en ocasiones limitante.
Otros: necesita de una silla durante el baño ya que no tolera estar de pie por si sola.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: casada	Años de relación marital:46 años
Viven con: su hija menor	Preocupaciones / estrés: a su padecimiento
Familiar: hija	
Otras personas que pueden ayudar: su yerno por el momento	
Rol en estructura familiar: mamá	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: en ocasiones	
Cuanto tiempo pasa sola: Por lo regular todo el tiempo esta su hija con ella.	

Datos Objetivos:

Habla claro: siempre hubo una comunicación clara.	
Dificultad. Visión: negada	Audición: negada
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: es adecuada la comunicación verbal y no verbal con su hija y su yerno, en este momento ya que con ellos vive actualmente, porque su esposo y demás hijos se encuentran en Costa Rica.	
Otros: negadas	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no
Principales valores en la familia: respeto
Principales valores personales: respetó
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): su religión no le impone algún tipo de vestimenta.
Permite el contacto físico: si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: ninguno
Otros: negados

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo: ninguno
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: sí	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: calmado
En ocasiones se estresa por su padecimiento.
Otros: Actualmente sus gastos económicos son sustentados por su yerno.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: bordar, leer y ver la tele
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si
Recursos en su comunidad para la recreación: no sabe
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

Datos Objetivos:

Rechazo a las actividades recreativas: si
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: aburrido
Otros: No asiste a grupos de la tercera edad ya que por su padecimiento se le dificultad además, no conoce alguno cerca de su casa.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: primaria incompleta	
Problemas de aprendizaje: a veces	
Limitaciones cognitivas: no	Tipo: no
Preferencias. leer/escribir: leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: no	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si	
Otros: negados.	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: integro
Órganos de los sentidos: integró
Estado emocional ansiedad, dolor: dolor

Memoria reciente: No alterada

Memoria remota: No alterada

Otras manifestaciones: Calificación de la valoración mini mental es de 20 puntos=
deterioro cognitivo leve.

Valoración Índice de Katz

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional
D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse uso del retrete, movilidad y otra función adicional
G. Dependiente en las seis funciones
H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F .

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

1. Bañarse (con esponja, ducha o bañera)	
Independiente:	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
Dependiente:	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
2. Vestirse	
Independiente:	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
Dependiente:	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.
3. Usar el retrete	
Independiente:	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
Dependiente:	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
4. Movilidad:	
Independiente:	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
Dependiente:	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos

5. Continencia:	
Independiente:	Control completo de micción y defecación.
Dependiente:	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
6. Alimentación:	
Independiente:	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
Dependiente:	Precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.
El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: Índice de Katz: C	

Calificación de la valoración de Katz es F.

Escala Mini- Mental de Folstein

Para valorar la función cognitiva aplica la escala de medición cuantitativa llamada Mini- Mental de Folstein Modificado.

MINI EXÁMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO.	
INSTRUCCIONES. Realice las preguntas y en todos los caso, en los cuales las respuestas sean correctas se calificaran con el número 1, cuando sean incorrectas con 0; la calificación debe colocarse dentro del paréntesis que aparecen a la derecha. Al término de sección sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones del lado izquierdo de cada apartado para obtener la puntuación total y anótela en el espacio destinado a la calificación total. Registre un diagnóstico probable al comparar la calificación final con la siguiente escala: 24-30 puntos = normal, Igual o menor a 23 = deterioro cognitivo leve, Igual o menor a 17 = deterioro cognitivo severo.	
Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? (Anote la respuesta del AM) Después complete solo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas:	(1)
☛ ¿En qué año estamos?	(1)
☛ ¿En qué mes estamos?	(1)
☛ ¿Qué día del mes es hoy?	(1)
☛ ¿Qué día de la semana?	(1)
☛ ¿Qué hora es aproximadamente?	(1) /5
Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.)	(1)
☛ ¿En qué lugar estamos?	(1)
☛ ¿En qué país?	(1)
☛ ¿En qué estado?	(1)
☛ ¿En qué ciudad o población?	(0) /5
☛ ¿En qué colonia, delegación o municipio?	(0) /5
Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Ponga mucha atención, le voy a decir una lista d tres objetos; papel, bicicleta y cuchara" , después pida al sujeto: "Repita las palabras"	3/3
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del No. 100. "Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100- 7=93; 93-7 =86." Continúe hasta que yo le diga que se detenga.. Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)	0/5
EVOCACIÓN	
Pida al sujeto " Repita las tres palabras que le pedí que recordara"	3/3
LENGUAJE	
Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.	2/2
Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Le voy a decir una frase y repítala después de mi. Solo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención" (Diga lenta y claramente): "NI NO, NI SI, NI PERO"	0/1
Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: "Le voy a dar algunas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez". "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo" (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).	3/3

Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita en una tarjeta: "Cierre los ojos" Pida al sujeto: "Por favor haga lo que dice aquí"	1/1
Escritura: Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: "escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido" , que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda) La escribe bien	0/1
Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, "copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja". <u>No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.</u> Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (no tome en cuenta temblor, ni rotación)	0/1
TOTAL:	20/30

Calificación de la valoración Mini- Mental de Folstein= 20 puntos=

Un deterioro cognitivo leve

PLAN DE ALTA

Con el plan de alta el objetivo es asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería mediante la identificación de las necesidades concretas del paciente, para mantener dichas necesidades cubiertas en el domicilio después del alta.

Por lo que se enseña a la persona y/o familia como controlar la situación en casa, proporcionando seguridad física y psíquica, el estar alerta a cualquier problema, que el paciente pueda presentar o desarrollar. Es decir preparar al paciente y familiar al hogar, con la finalidad de lograr una pronta recuperación.

Para ello se le hace entrega de receta con los cuidados específicos que seguirá en casa:

1.- DIETA

Ingerir dieta prescrita por médico tratante y nutriólogo sin irritantes (para diabético e hipo sódico).

La dieta a seguir debe ser equilibrada, procurando que esta sea rica en fibra, es decir, tomar verduras, frutas y alimentos integrales. (Agua y verduras).

2.- MEDICAMENTOS

Ingesta de medicamentos según prescripción médica:

Levofloxacino 500 mg. Tomar una cada 24 horas, por 10 días.

Paracetamol 500 mg. Tomar 2 tabletas cada 8 horas por 7 días, posteriormente solo en caso de dolor.

Meloxicam 15 mg. Tomar una cada 24 horas. Por 14 días.

Omeprazol 20mg. Tomar una cada 24 horas. Por 10 días.

Enoxoparina 40 mg subcutáneo, aplicar una cada 24 horas. Por 21 días, al finalizar tomar vía oral Aspirina Protec 100 mg. Una cada 24 horas. Por 3 meses.

Tramadol 50 mg. Tomar una cada 12 horas. Solo en caso de dolor intenso.

3.- ACTIVIDADES

Movilización y apoyo libre a tolerancia con ayuda de la andadera.

Uso de medias ted a permanencia por 3 meses.

Aplicar hielo local cada 4 horas por 20 minutos por 3 días.

4.- INSTRUCCIONES ESPECIALES

Cita abierta a urgencias en caso de dehiscencia de herida quirúrgica, cambios en la coloración o temperatura de la piel periférica a la herida, presencia de sangrado abundante, salida de material purulento por herida o fiebre.

Asistir hoy antes de retirarse, a la consulta externa de reconstrucción articular para programar cita en 2 semanas. (Consultas subsecuentes: 2 semanas revisión de herida y retira de puntos, 6 semanas revisión de radiografías y arcos de movilidad, 6 mese revisión general, año revisión general por médico tratante).

Ejercicios de rehabilitación para pacientes operados de una

“Artroplastia total de rodilla”

Con la finalidad de que los pacientes se recuperen adecuadamente de una cirugía de reemplazo articular de rodilla, habitualmente se recomienda una serie de ejercicios los cuales deberá realizar en casa después de su procedimiento.

Después de ser operado de su reemplazo articular de rodilla es importante hacer ejercicio por diversos motivos:

1. Fortalece músculos.
2. Fortalece los tejidos alrededor de la cadera o rodilla.
3. Disminuye el dolor.
4. Mejora la circulación.
5. Previene formación de coágulos en las venas.
6. Mejora equilibrio, propiocepción y control muscular.
7. Acelera la recuperación.
8. Acelera el regreso a actividades cotidianas.
9. Disminuye la cojera.
10. Ayuda a controlar el peso.
11. Mejora la calidad del hueso.
12. Previene caídas.

13. Disminuye complicaciones.

14. Mejora confianza y estado de ánimo.

Serie de ejercicios básicos de rodilla que podrá realizar después de la cirugía, se recomienda realizarlos acostados en su cama con ropa cómoda, en un inicio es probable que requiera de asistencia de un familiar o amigo para poder hacerlos y poco a poco llegará a dominarlos hasta hacerlos por si solo/a.

1. Flexión de pierna derecha 15 veces.

2. Flexión de pierna izquierda 15 veces.

3. Flexión simultanea de las dos piernas 15 veces.

4. Extensión de pierna derecha 15 veces.

5. Extensión de pierna izquierda 15 veces.

6. Extensión simultanea de las dos piernas 15 veces.

7. Bicicletas en el aire 15 veces.

A continuación una explicación breve de los ejercicios básicos

Flexiones de pierna apoyando el pie en la cama.



Despacio, deslice su talón hacia sus nalgas, doblando su cadera y rodilla y manteniendo su talón sobre la cama. No deje a su rodilla caer hacia adentro o hacia afuera y cuide de no flexionar su cadera a más de 90 grados.

Extensión de las piernas



Apriete los músculos del muslo con su rodilla totalmente enderezada sobre la cama. Poco a poco eleve toda la extremidad (unos 10 cm) y manténgala así por unos 5 a 10 segundos, Despacio vaya bajando su extremidad hasta relajarla sobre la cama.

Antes de su cirugía y durante los primeros meses después de la cirugía, estos ejercicios deberán hacerse de 3 a 6 veces al día de acuerdo a lo que le indique su médico y el personal de rehabilitación.

Una vez que regrese a realizar sus actividades de la vida diaria y pueda complementar estos ejercicios con alguna actividad deportiva, los ejercicios deberán hacerse 1 vez al día de por vida.

Deambulaci3n y actividades tempranas

Poco despu3s la cirugía, usted comenzar3 a caminar distancias cortas en su cuarto de hospital y realizar3 actividades ligeras durante el d3a. Esta movilizaci3n temprana previene del estancamiento de sangre y evita la formaci3n de trombos en las venas y al mismo tiempo promueve que sus m3sculos se ejerciten y se preparen para caminar paulatinamente de una mejor manera.

Deambulaci3n asistida con andadera met3lica o muletas

De acuerdo a las indicaciones de su m3dico y del fisioterapeuta idealmente deber3 utilizar andadera met3lica o muletas para iniciar la deambulaci3n, apoye el peso de su cuerpo sobre su extremidad operada, sienta con la punta de los dedos su extremidad contra el piso, posteriormente asiente toda la planta y rel3jese, mant3ngase erguido y sostenido de su andador de metal o de sus muletas. Mueva su andador o sus muletas distancias cortas y avance levantando su pierna operada de modo que el tal3n de su pie toque el piso primero, conforme usted se mueve su

rodilla y tobillo se doblarán y su pie entero descansará uniformemente sobre el piso, conforme usted completa el paso, permita a los dedos empujar y despegar del piso a cada paso. Trate de no apresurar los pasos, haga sus pasos de manera natural, recuerde que si usted asienta primero el talón contra el piso y después asienta la planta le será más fácil realizar el último movimiento que consiste en despegar su pie del suelo.

Andando con el Bastón o la Muleta

Al abandonar la andadera metálica (después de algunas semanas de realizada la cirugía) se le pedirá que camine con una sola muleta o bien con un bastón, esta situación se pide en general cuando usted es capaz de equilibrar su peso, dicho aditamento para la marcha deberá usarse del lado contrario al operado, la empuñadura deberá estar justo a nivel de la cadera y acompañar a la extremidad afectada durante el apoyo en cada paso.

Subiendo y bajando escaleras



La capacidad de subir y bajar una escalera requiere tanto flexibilidad como fuerza. Al principio, usted necesitará una barandilla para el apoyo y usted sólo será capaz de ir un escalón a la vez. Siempre conduzca hacia arriba de la escalera con su pierna sana y baje la escalera con su pierna operada.

Recuerde " levantar con el bueno " " y bajar con el malo. " Usted puede necesitar que alguien le ayude hasta que haya recuperado la mayor parte de su fuerza y movilidad. Subir y bajar escaleras es un refuerzo excelente y que ayuda a mejorar la resistencia muscular. No trate de subir pasos más altos que aquellos de la altura estándar de un escalón y siempre use la barandilla.

Caminar

Tome un bastón con usted hasta que haya recuperado sus habilidades de equilibrio. Al principio, ande 5 o 10 minutos 3 o 4 veces por día. Conforme su fuerza y resistencia se mejoran, usted puede andar durante 20 o 30 minutos 2 o 3 veces por día. Una vez que usted se sienta totalmente recuperado, podrá dar paseos regulares, 20 o 30 minutos 3 o 4 veces por semana incluso sin ayuda de bastón.

Consideraciones importantes

- Utilizar **calzado cómodo pero cerrado** para que sujete el pie, evitando caídas. También tenemos que tomar en casa precauciones en este sentido, retirando alfombras y cables que nos pueden hacer tropezar.
- Debe **evitar cruzar las piernas** debido a la existencia de riesgo de luxación de la prótesis. Deben colocarse en alto para reducir el edema, sobretodo en fases iniciales.
- **Evitar el sobrepeso**, que reducirá la funcionalidad del paciente.

La seguridad en casa

¿Tiene su hogar toda la seguridad necesaria o esconde posibles peligros como alfombras sueltas y cables, que pudieran causarle una caída? Asegúrese de que su casa esté segura y exenta de peligros antes de regresar. Pida a sus familiares o amigos que lo ayuden a reorganizar las habitaciones según sea necesario.

Consejos:

- Para evitar resbalarse o tropezar, quite las alfombras pequeñas.
- Quite de los cables de electricidad que estén por el suelo.
- Instale unos pasamanos en uno de los lados de las escaleras.

Seguridad en el baño

Quizás también tenga que hacer unas modificaciones en el baño, para que sea más seguro y fácil de usar. Su fisioterapeuta o terapeuta ocupacional puede ayudarle a elegir el equipo más adecuado para su baño, así como enseñarle a bañarse, vestirse y sentarse más fácilmente en el baño.

Consejos:

- Use una esponja de mango largo para lavar zonas difíciles de alcanzar.
- Use una alfombrita de baño con base de goma para mantener seco el piso y evitar resbalones.
- Siéntese en un asiento para ducha mientras se baña o ducha.
- Use una silla con orinal o suplemento elevado para subir la altura de su inodoro.



El control del dolor en su casa

Es posible que le receten calmantes del dolor para que los tome en su casa. Si se controla el dolor, podrá reanudar su vida activa más pronto. Use los medicamentos para el dolor sólo según las indicaciones. Tome cada dosis a su debido tiempo, antes de que el dolor se vuelva demasiado fuerte, una vez instaurado el dolor cuesta más eliminarlo que si nos anticipamos a él. No dude en tomar sus medicamentos cuando los necesite. Después de tomar los medicamentos para el dolor, espere unos 30 minutos antes de iniciar cualquier actividad o hacer los ejercicios indicados.

También puede aliviar el dolor aplicándose hielo y elevando la pierna, además deberá pincharse una inyección alrededor del ombligo durante 1 mes y medio. Esto evitará la posibilidad de sufrir una trombosis en las venas de las piernas.

El primer mes

Usted aplicará las mismas habilidades de movimiento que adquirió en el hospital o centro de rehabilitación a su programa de ejercicios en el hogar. También es posible que siga viendo a su fisioterapeuta. Cumpla con su programa de ejercicios y obtendrá grandes recompensas. Cuando su rodilla esté en forma, podrá caminar más fácilmente y reanudar su vida activa en menos tiempo.

Cumpla con su programa de ejercicios

Hacer ejercicios es la única manera de recobrar las fuerzas y amplitud de movimiento. El ejercicio continuo podría permitirle además fortalecerse y aumentar su amplitud de movimiento y resistencia a niveles superiores a los que tenía antes de la operación. Esto se debe a que el dolor que usted sentía antes de la cirugía podría haberle limitado los movimientos, provocándole una atrofia crónica de ciertos músculos. Por esto debe incorporar el ejercicio a su rutina diaria. Siga viendo a su fisioterapeuta según las indicaciones; quizás le indique que comience a montar en bicicleta estática o agregue nuevos ejercicios a su programa.



Sujete el bastón del lado de su pierna no operada y muévelo mientras da un paso con la pierna operada.

Camine para progresar

Caminar no sólo ayuda a adquirir una marcha más normal y cómoda, sino también lo mantiene en forma y evita que se le formen coágulos de sangre. Comience dando tres o cuatro pasos cortos todos los días; aumenten gradualmente la distancia, el tiempo y la frecuencia de su caminata. Después de sus paseos, recuéstese, eleve la rodilla y aplíquese hielo para reducir la hinchazón. Su médico o fisioterapeuta le indicará dónde y cuándo debe usar su andador, muletas o bastón, así como cuándo puede dejar de usarlos.

Después de una prótesis de rodilla: mantenga la salud de la rodilla

Usted puede conservar la salud de su rodilla conociendo las cosas que debe hacer y las que debe evitar. Algunas actividades podrían dañar su rodilla artificial hasta el punto de imponerle limitaciones permanentes.



Lo que debe hacer

- Coloque la rodilla en posiciones cómodas en el transcurso de sus actividades cotidianas.
- Siga haciendo ejercicios y caminando todos los días.
- Aplíquese una bolsa de hielo en la rodilla si se le hincha o le duele.



Lo que se debe evitar

- No fuerce la rodilla; para dar vueltas, gire el cuerpo entero.
- No dé saltos, porque esto podría aflojar su nueva articulación de rodilla.
- No haga movimientos forzados, como doblar la rodilla hasta posiciones demasiado forzadas.

