



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



Proceso Atención de Enfermería

**APLICADO A UN ADULTO CON ALTERACIÓN DE LAS
NECESIDADES DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL
Y CUIDADOS A LA PIEL, MOVERSE Y MANTENER UNA
BUENA POSTURA, BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**

**Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presenta:

DAVID PEÑA BARRIOS

30411068-5

Directora:

Lic. Bertha Estrella Álvarez

Ciudad de México, 2016



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 la Universidad Nacional Autónoma de México

Por ser mi alma mater fuente de conocimiento que me recibió y me vio crecer en un desarrollo integral.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Por haberme forjado y haberme brindado una formación profesional con el objetivo de servir a mi patria.

A mis profesores

A cada uno de mis maestros por su enseñanza toda mi gratitud y en especial a la maestra Bertha Estrella Álvarez por la asesoría atención y acompañamiento en la realización de éste trabajo.

DEDICATORIAS

A dios

Por haberme dado una familia que siempre me ha apoyado de forma inconmensurable.

A mis padres

Alfonso Peña y Rosa María Barrios por ser mi base y fortaleza en cada uno de los logros personales y profesionales.

A mi familia

Agradezco a mi familia quien ha sido y será parte fundamental en cada uno de los pasos de mi vida.

A mis amigos

*Quienes formaron parte importante de éste periodo de desarrollo profesional:
Daniel Hdz., Cinthia Sandoval, Emanuel Estrada, Efrén Danes, Fernando Cano,
Cinthia Reyes, Nohemy Mtz., Claudia Hdz., Guillermo Salazar, Mayra Mancera,
Guadalupe Bolaños, Brenda Cano y Carlos Romero.*

A mi novia

*Alejandra Carreón por haber estado conmigo en todo momento que lo necesité,
por todo el amor y el apoyo brindado para seguir adelante, gracias por todo.*

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos	
General	5
Específico	5
Metodología	6
Marco teórico	
Antecedentes del cuidado	7
Conceptualización de enfermería	10
Biografía de Virginia Henderson.....	12
Modelo Teórico de Virginia Henderson.....	14
14 Necesidades de Virginia Henderson.....	17
Metaparadigma	22
Proceso de Atención de enfermería	
Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería	24
Definición del Proceso de Atención de Enfermería	28
Características del Proceso de Atención de Enfermería	29
Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
Valoración.....	30
Diagnóstico.....	34
Planeación	38
Ejecución.....	40
Evaluación	41
Conceptualización del adulto mayor.....	43
Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	
Ficha de identificación	46
Valoración.....	46
Diagnóstico.....	58
Planeación	59
Ejecución	67
Evaluación	71
Conclusiones	72
Glosario de términos	73
Referencias bibliográfica	76
Anexos	78

INTRODUCCIÓN:

Desde el comienzo de la vida los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad del cuidado, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie. La esencia de la enfermería es el cuidado, al cual podemos definir como, las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro que hacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de la enfermería como disciplina profesional. El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermero paciente.

A continuación se desglosa un Proceso Atención de Enfermería; que se realizó en el domicilio del paciente. Se dará a conocer el caso de un adulto con alteración de las necesidades de mantener la higiene corporal y cuidados a la piel, moverse y mantener una buena postura, basado en el modelo de Virginia Henderson y se priorizará sus necesidades afectadas de acuerdo a la importancia de las necesidades alteradas, con priorización de diagnósticos reales y de riesgo.

OBJETIVOS

General:

Integrar los conocimientos adquiridos durante mi formación académica, proporcionando un cuidado holístico, humano y científico, detectando las necesidades alteradas según el modelo de Virginia Henderson, para brindar un cuidado que le permita al paciente reincorporarse a su entorno y permitirle alcanzar su máxima independencia.

Específicos:

1. Realizar una valoración focalizada a través de una entrevista directa con el individuo en estudio para identificar las necesidades alteradas.
2. Brindar un adecuado y oportuno diagnóstico al paciente en el que se sienta involucrado en su tratamiento continuo.
3. Planear intervenciones de enfermería conforme a la demanda de las necesidades alteradas en el paciente para poder brindar una atención oportuna y de calidad a cada una de las necesidades alteradas.
4. Ejecutar las actividades planeadas basadas en una fundamentación científica con el fin de que el paciente se reintegre lo más rápido posible a sus actividades diarias de una manera positiva y adecuada a sus necesidades.
5. Evaluar las actividades de enfermería con base en los objetivos planteados para identificar y poder valorar el grado de beneficio que se obtuvo en el paciente.

METODOLOGÍA

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería, se le realizó a un adulto cursando por la etapa de la senectud en su domicilio, el señor M. A. J. A., el día 21 de Marzo del 2016, con un horario de 7:00 a 7:00 horas los días martes, jueves, sábado y domingo durante 6 semanas.

Se hizo una revisión de la bibliografía para la realización del marco teórico

Se le aplicó el instrumento de valoración proporcionado por la Academia de fundamentos de Enfermería de la ENEO, el cual lleva por nombre "Instrumento de valoración basado en el Modelo de Necesidades humanas de Virginia Henderson"

Con los datos obtenidos se identificaron las necesidades afectadas y se jerarquizaron.

Se elaboraron diagnósticos de enfermería, basándose en los diagnósticos de Enfermería y Taxonomía NANDA.

Después se elaboró el Plan de cuidados, el cual se le presentó al paciente y a su familia y se procedió a la ejecución, con la participación del paciente, la familia y del profesional de enfermería.

Se llevó a cabo el seguimiento del paciente para evaluar los resultados obtenidos, comparándolos con los objetivos establecidos y medir el alcance de los mismos y así poder adecuar o corregir el plan de cuidados

Actualmente se lleva un seguimiento del paciente, para garantizar su máxima independencia.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes del cuidado

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado, históricamente con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas de cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer en el hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre/compañero. La aplicación del cuidado corresponde al reconocimiento de una función social, aquella que se elabora alrededor de la fecundidad, que participa de forma directa en las situaciones que contribuyen al mantenimiento y desarrollo de la vida. Las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza, han forjado su saber transmitiéndolo unas a otras. Sus actividades de cuidado están enfocadas en el bienestar durante toda la vida, desde el momento del nacimiento hasta la muerte.¹

Con la llegada del cristianismo, se genera un cambio en el concepto de cuidado donde las mujeres que lo brindan, basadas en el cuerpo y la alimentación, se convierten en transmisoras de creencias y ritos paganos, por lo que son juzgadas y perseguidas por la sociedad cuando son catalogadas como brujas.

La Iglesia se apropia de los conocimientos que se deben utilizar para el cuidado, y surgen las denominadas mujeres consagradas, cuyas características eran la virginidad y la dedicación a los pobres y enfermos.

Estas mujeres se caracterizan por tener un corazón humilde, rostro pálido y ajado; así como por ser delgadas, reservadas al momento de hablar y obedientes antes las directrices trazadas. Esto se refleja en un alma religiosa y pura, además de que evitan toda acción que las exponga a pensamientos malos e inmorales. Este perfil débil lleva a la devaluación, mientras la invitación a la pureza acentúa el distanciamiento con el mundo, lo que las lleva al enclaustramiento definitivo. Los

¹ Collière MF. Identificación de los cuidados en la mujer. En: Promover la vida. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993. P. 1-19

cuidados del cuerpo son aceptados, únicamente, porque son el principio de los cuidados espirituales, ya que cuidando el cuerpo, se ayuda a salvar el alma.²

Con la descentralización del poder político, iniciada en Inglaterra y Francia, se dio lugar a la separación de la iglesia y el Estado. La llegada de la medicalización, impulsada por el fortalecimiento de ciencias como la física y la química, además de las leyes anticlericales, anuncia el retroceso de la identificación de los cuidados por la mujer consagrada lo cual contribuye a construir la imagen de la nueva mujer.

De esta forma surge la mujer auxiliar del médico, como servidora de un ideal que debe poseer alma de jefe con sentido de observación, agudeza psicológica, disciplina y corazón sensible. Esta auxiliar del médico depende directamente de él, ya que éste determina y ordena las actividades que se van a realizar. Para ese entonces su enseñanza está limitada y es restrictiva, aun cuando desarrolla un conjunto de cuidados, tributario de la práctica médica, siendo un agente ejecutor y de información para el médico, su valor social gira alrededor de los valores morales y el nacimiento de la medicina moderna.³

Hasta la segunda Guerra Mundial, el cuidado no contaba con el apoyo legislativo laboral (su remuneración era por trueque); pero a partir de este momento se empieza a introducir el concepto del cuidado como un servicio reenumerado, y es aquí donde comienza a pensarse en la enfermería como un ejercicio profesional independiente al acto médico en muchas de sus labores, por lo que empieza la defensa de una práctica integral y con calidad.⁴

En el siglo XIX, el fundamento de conocimientos y prácticas en enfermería exigió entrenar al personal encargado directamente del cuidado. Esto originó el proyecto de Florence, en el cual existieron múltiples procesos como: la vivencia de

² Collière MF Identificación de los cuidados administrados por las mujeres religiosas. En: Promover la vida. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993. P. 20-45

³ Achury Saldaña D M, La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. [en Línea] Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo; 2006 8(6): p.12 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>. Fecha de consulta: 19 de marzo de 2016.

⁴ Collière MF. Identificación de los cuidados en la mujer enfermera. En: Promover la vida. Madrid: McGraw Hill; 1993. P. 50

socialización del cuidado, la filiación con guerras y disciplina militar, la transformación de la atención médica y de hospitales y los cambios sociales que permitieron la participación de la mujer en las instituciones educativas.⁵

En este siglo aún se le atribuía a la mujer la acción de cuidar, mientras que al hombre se le atribuía el arte de curar. Las cualidades que tenían que poseer las mujeres que se dedicaban al cuidado eran: sumisión, obediencia y abnegación.

Florence Nightingale fue la pionera en formar una escuela formal para el entrenamiento de practicantes de enfermería hacia 1857, cuyo tiempo de formación era un año. Su objetivo era formar enfermeras capaces de formar a otras. Consideraba que la función de la enfermera era seguir órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar decisiones independientes, lo cual limitó a la enfermería durante más de ochenta años.

Su modelo teórico se basaba en la relación del medio ambiente con las condiciones de salud de la población, que llevó a un giro en la concepción del cuidado, donde la intervención sobre el medio ambiente era fundamental para proporcionar condiciones óptimas de salud. De ahí surgen las medidas comunitarias sanitarias y de higiene. Fue la primera en recopilar datos de morbilidad que originaron lo que es hoy en día la vigilancia epidemiológica. Contribuyó a reestructurar la administración hospitalaria y se convirtió en consultora y asesora para la construcción y organización de muchas instituciones hospitalarias.⁶

⁵ Ibídem p. 13 Achury Saldaña 2006

⁶ Castrillón MC La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997

Conceptualización de Enfermería

La enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condicionantes sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica.

Diferentes teóricas han definido a la enfermería. Virginia Henderson menciona *“la función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de estas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”*⁷

Dorothea Orem explica que *“son las acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el autocuidado, a proporcionar un cuidado propio terapéutico a los individuos que son incapaces de hacerlo por sí mismo”*⁸

Hildegar E. Peplau, define a la enfermería *“como un proceso terapéutico e interpersonal, que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad y la considera un instrumento educativo, un factor de madurez que favorece el movimiento hacia una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”*⁹

Betty Neuman declara que *“la intervención de la enfermería tiene por objeto prevenir la enfermedad, reduciendo los factores de estrés y las condiciones*

⁷ Henderson V La Naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill; 1994 p. 19

⁸ Orem D. Modelo de Orem. Barcelona: Doyena; 1995

⁹ Marriner –Tomey A,Raile M Modelos y teorías de Enfermería. España: Manual Moderno; 2000. P.

*adversas que pudieran ejercer un impacto negativo, real o potencial, en la situación óptima del paciente”.*¹⁰

La ENEO-UNAM ha re-conceptualizado a la enfermería a partir de un trabajo grupal e interprofesional; hoy la escuela concibe la enfermería como la disciplina y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en dimensión integral con el propósito de que utilice al máximo sus potencialidades para la vida.¹¹

El objetivo de estudio de la enfermería es el cuidado de la vida en forma integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona a la que se cuida, con el fin de que estas personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por problema de salud.

¹⁰ *Ibíd*em p Marriner-Tomey A, Raile M 2000

¹¹ Cárdenas, M.; Zarate, G. R. La formación y la práctica social de la profesión de enfermería en México. [En Línea] Investigación de Educación en Enfermería, 2001: XIX (2), p.101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301009> Consultado el 19 de Marzo del 2016

Biografía de Virginia Henderson

Virginia nació en Kansas, Missouri en 1897, pero paso su infancia y adolescencia en Washington, D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por enfermería y en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington, D.C. graduándose en 1921 aceptando su puesto de enfermera en el Henry Street Visting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 inicia su actividad como Profesora de Enfermería en el Norfolk Potestan Hospital de Virginia, en 1927 ingreso en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde obtuvo los títulos de Bachillerato superior y Maestría en formación de la enfermería.

En 1928 trabaja como supervisora en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, vuelve de Teacher college en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio de la profesión hasta 1948.

En 1939 se publica la 4°. Ed. De la obra de Bertha Hammer, "Textbook of the principles and practice of Nursing", siendo la re-escritora, estando en el Teacher's College de la Universidad de Columbia.

En 1950 comienzan sus investigaciones sobre Enfermería, trabajando en asociación con la Universidad de Yale.

De 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Projet, en el cual se ordenan la literatura biográfica, analítica e histórica de la enfermería desde 1900 a 1959, en

donde se aclara cual era la función de las enfermeras en forma unánime, siendo que no estaba de acuerdo con la definición de la NANDA.

En 1960 realizo un folleto: Basic Principles Of Nursing Care, que fue publicado y traducido en más de 20 idiomas.

En 1964 en colaboración con Leo Simmon´s, hizo una revisión de la Investigación Nacional de Enfermería, que fue publicada.

En 1966 se publicó su libro “The Nature Nursing”, en el que se describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería, con re-edición en 1991, en donde reconoce a Ida Jean Orlando como una de las influencias de su concepto de relación Enfermera-paciente.

En 1978 junto con Gladys Nite, se publica la 6ª Ed. Del “The principles and practice of nursing”, editado por Henderson, y que ha sido traducido en 25 idiomas.

En 1980 permanece activa como Research Associate Emeritus en Yale.

En 1983 recibe el premio Mary Tolle Wright Founders.

En la convención de la America Nursing Association, recibió una mención honorifica especial por las contribuciones que ha realizo durante toda su vida a la Investigación, formación y desarrollo profesional.

Fallece en 1996.

Modelo teórico de Virginia Henderson

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar a la persona, y porque ayuda a aclarar la función propia de las enfermeras.

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".¹²

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin

¹² Guía práctica clínica, cuidados críticos de enfermería. Hospital Txagorritxu. [En Línea] Disponible en: <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>. Pp.23 consultado: 16 de marzo 2016

embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno. El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente. La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente. El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción. El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

- a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.
- b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que

le ayude a tomar decisiones. En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

- c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.¹³

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad). Los modos de intervención: se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse. Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).¹⁴

¹³ *Ibíd*em pp. 24 Guía practica

¹⁴ *Ibíd*em pp. 25 Guía práctica

14 Necesidades de Virginia Henderson

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no representa el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno. De manera especial afecta a los cuidados, la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Necesidad de respirar: *Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno, indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.*

Necesidad de beber y comer: *Necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.*

Necesidad de eliminar: *es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.*

Necesidad de moverse y mantener una buena postura: es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Necesidad de dormir y descansar: es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

Necesidad de vestirse y desvestirse: es una necesidad del individuo que debe llevar ropa adecuada según las circunstancias, para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: es una necesidad para el organismo, este debe conservar una temperatura más o menos constante para mantenerse en buen estado.

Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Necesidad de evitar peligros: es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Necesidad de comunicar: es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencia e información.

Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: *es una necesidad para todo individuo, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.*

Necesidad de ocuparse para realizarse: *es una necesidad para todo individuo: este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útiles a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido de creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones pues permitirle llegar a una total plenitud.*

Necesidad de recrearse: *es una necesidad para el ser humano: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.*

Necesidad de aprender: *es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.*¹⁵

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

- **Cuidados Básicos:** Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

¹⁵ Rlopelle L. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana :1993; p.7-67

- Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.
- Dependencia: Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- Autonomía: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.
- Agente de autonomía asistida: Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.
- Manifestaciones de independencia: Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida. Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

- Manifestaciones de dependencia: Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

La diferencia entre falta de fuerza y falta de autonomía, es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

Metaparadigma

El metaparadigma enfermero está compuesto en cuatro pilares de enfermería: salud, entorno, persona y cuidado. Cada enfermera forja su metaparadigma desde el entendimiento del “yo” como persona y el “yo” como enfermera. El “yo” es una composición de pensamiento y sensaciones que constituye la conciencia de una persona, de su existencia individual, su concepción de quién es y qué es.¹⁶

a) Persona:

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar la salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

b) Entorno:

Henderson no dio su propia definición de este término, utilizo la definición del Webster’s New College Dictionary de 1961, que lo define como *“el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”*

c) Salud:

Henderson no da una definición propia de salud, pero en algunos de sus escritos ella compara la salud con la independencia. Ella interpreta la salud como la capacidad del paciente de llevar a cabo sin ayuda sus 14 necesidades. Toda persona estará sana o mantendrá un estado de salud óptimo si tiene la fuerza, voluntad o el conocimiento necesarios. Afirma: *“es más importante la calidad de la salud que la vida misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”*

¹⁶ Marriner. Tomey A, Raile Modelos y teorías en Enfermería. Madrid; Elsevier Mosby; 2007. P. 828

d) Enfermería:

Henderson definió en la enfermería en términos funcionales. Afirmando que *“la función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de estas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”*¹⁷

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

Identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- 1) La enfermera como sustituto del paciente: en estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente.
- 2) La enfermera como ayudante del paciente: La enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
- 3) La enfermera como compañera y orientadora del paciente: La enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y la familia, y junto con el paciente y familia, formulan un plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.

¹⁷ Ibídem p 19 Henderson 1994

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso enfermero como método de trabajo se creó por Lidia Hall en 1955, ella enfatizaba en la calidad de la atención y refería que la asistencia sanitaria era un proceso y este lo presentaba esquemáticamente en círculos superpuestos que significaban el cuidado, la enfermedad/curación y la persona/enfermo; la enfermera compartía en diferentes grados con otros integrantes del equipo los tres círculos. Con la aparición del proceso y la incorporación del método científico en este.

Frence Reiter Kreuter en 1957, describió las fases del Proceso de Enfermería como: coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, además de orientar a la familia.

Dorothy E. Johnson en 1959 consideró al Proceso de Enfermería como valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones programadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería.

Ida Jean Orlando en 1961 dijo que el Proceso de Enfermería es interactivo, y tiene tres fases: comportamiento del cliente, reacción de la enfermera y acciones de enfermería.

Ernestine Weidenbach en 1963 fue una de las principales enfermeras en utilizar el Proceso de Enfermería, su perspectiva es muy similar a los pasos de valoración, ejecución y evaluación, ella los llamo: Identificar la ayuda necesaria, Prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Virginia Henderson en 1965 afirmó que el Proceso de Enfermería comprendía las mismas etapas que el método científico.

Loretta Heidgerken en 1965 describe las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones, a través de las fases del cuidado.

McCain en 1965 introduce por primera vez el término “Valoración”. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración, también recogió y registró datos objetivos y subjetivos.

Lois Knowles en 1967 refirió que “la enfermera incorporaba el planteamiento científico en sus actividades, ya que descubría, sondeaba, hacía y discriminaba”

En 1967 Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

Blodi en 1973 añadió la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases a pesar de que Bloch consideró controvertido el término diagnóstico.

Sólo 6 años después de este evento, Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie, enfermeras de Sant Louis (EE.UU) organizaron la primera conferencia a la que invitaron a 100 colegas de EE.UU. y Canadá. En este evento se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros.

En 1973 la ANA publicó los criterios de la práctica de enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Esta misma asociación en 1980, consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería. En 1982 se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

En 1987, McCloskey y Bulecheck fundaron el equipo de investigación llamado NIC (Nursing Interventions Classification), con el fin de elaborar un lenguaje

normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería. Este evento ocurrió paralelo a la clasificación de diagnósticos. Cinco años más tarde se publica la primera edición de NIC que contó con 336 intervenciones.

La NANDA en 1991 revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos.

En este mismo año, se creó el equipo NOC (Nursing Outcomes Classification), ya que se reflexionó que además de los diagnósticos e intervenciones, era necesaria una tercera clasificación, siendo ésta los resultados del paciente con el fin de completar los requisitos de la documentación clínica de enfermería.

Linda Carpenito en 1995, señala que *“la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.”*¹⁸

En 1997, se publica la primera edición de los NOC y en el 2003, Johnson, M. y otros publican un libro donde la NIC se relaciona con los diagnósticos de la NANDA y los resultados de la NOC.

En el 2009, la NANDA publica la Quinta Edición de NIC, que consta de 542 intervenciones, cada una con etiqueta, código, definición y lista de actividades que el profesional de enfermería debería realizar. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso, estos campos son: Fisiológico básico, Fisiológico complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad

¹⁸ Carpenito, LJ Manual de Diagnostico de Enfermería. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1995

Por lo anotado, el Proceso de Atención de Enfermería requirió aproximadamente 20 años de evidencia empírica para desarrollar este método científico que consta de cinco pasos, que no fueron desarrollados de la manera cíclica que se conoce. El modelo del proceso de enfermería tiene su razón de ser al identificar el diagnóstico enfermero, lo que le da la categoría de ciencia a la profesión.

Definición del Proceso de Atención de Enfermería

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas de planificación dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de enfermería es un método sistemático, racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería.¹⁹

Se utiliza como metodología científica, que da sustento a la práctica de enfermería, asegurando la calidad en el cuidado de la persona, repercutiendo en la satisfacción y profesionalización de enfermería.²⁰

Su objetivo principal es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el paciente y el profesional de enfermería; siendo el paciente el centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el paciente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería. Esto ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en su estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

¹⁹ Kozier B, et al Marco conceptual y teorías de enfermería. En: Enfermería fundamental. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1993. P. 61

²⁰ Alfaro L, Aplicación del Proceso enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 2003. P 4

Características del Proceso de Atención de Enfermería

Es un método: porque son una serie de pasos a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Sistémico: por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado), que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el paciente para acordar y lograr objetivos comunes.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso está constituido por cinco fases: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración

Comprende la primera fase y se describe como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos de distintos tipos y fuentes para analizar el estado de salud de la persona. Su objetivo consiste en recoger los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas.

Al valorar, se obtiene una gran diversidad de datos que deben ser analizados. Para ello estos deben de ser ordenados a partir de un modelo de atención de enfermería en lugar de seguir un modelo médico. Una forma de hacerlo es a través del modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades.

En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de sus necesidades
- Las causas de dificultad en tal satisfacción
- La interrelación de unas necesidades con otras
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas²¹

La valoración se hará en base al modelo de Virginia Henderson identificación las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: asegurarse de contar con hechos reales y confiables

²¹ Fernández FC El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería. Barcelona: Masson- Salvat; 1995. P. 9

- Organización de datos: organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar al tratamiento.

22

Tipos de valoración:

a) Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.
- Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:
 - ✓ Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
 - ✓ Realizar revisiones y actuaciones del plan.
 - ✓ Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

b) Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar

- Valoración general: encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

²² González M El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 2004. P. 36

Las fuentes de información son:

- a) Primarias: la información la proporciona la persona sana o enferma que requiere de los cuidados del profesional de enfermería
- b) Secundarias: la información se obtiene a partir de familiares, amigos o integrantes de la comunidad en la que vive y se desarrolla la persona cuidada, así como de otros profesionales, o bien, de libros, artículos, etc.

Métodos de recogida de datos:

- a) Entrevista. Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud. Tipos de entrevista:
 - Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
 - Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.
- b) Observación: Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estas tres. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante esta técnica se confirmarán o descartarán posteriormente.
- c) Exploración física: Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar. Técnicas de exploración:

- Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o 8 los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

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

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:
 - Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
 - Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
 - Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.
 - Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Los tipos de datos son:

- a) Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- b) Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- c) Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- d) Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.²³

Diagnostico

Constituye la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería el cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud; la NANDA lo define como: *“un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales”*.²⁴

Para Virginia Henderson *“un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.”*²⁵ Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

²³ Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Valoración de enfermería [en línea] disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf p. 2-9 Consultado el 22 de marzo de 2016

²⁴ NANDA- Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010

²⁵ *Ibídem* p 36 González M 2004

La formulación de los diagnósticos enfermeros se hace mediante el formato PES:

Problema (etiqueta diagnóstica) + Etiología (relacionado con) + Signos y síntomas (manifestado por)

Los diagnósticos enfermeros se clasifican de acuerdo a sus características:

a) Diagnóstico real: Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes: Problema de salud + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones).

b) Diagnóstico de riesgo: Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud + Etiología

c) Diagnóstico posible: Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería.

Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.

Los diagnósticos de enfermería posibles, evolucionan a:

- Un diagnóstico de enfermería, real o de riesgo.
- Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud + Etiología

d) Diagnóstico de bienestar: es un juicio clínico sobre un individuo, familia, comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.

En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias:

- Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud

e) Diagnóstico de Síndrome: Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome.

Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud ²⁶

²⁶ Pérez HMJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. [en línea]. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (2): 63-64. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf> consultado el 22 de marzo del 2016

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en:

- a) Independientes: son las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global del paciente
- b) Dependientes: son aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas
- c) Interdependientes: son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud.²⁷

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

- a) Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
- b) Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
- c) Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente. Esto puede ser efectuado según las normas de la institución hospitalaria, pero se sugiere que por lo menos sea realizado al finalizar el turno.²⁸

²⁷ Luis MT. Diagnósticos enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby Doyma; 1996. P. 6

²⁸ Ibídem p 64 Pérez HMJ 2002

Planeación

“Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico”²⁹

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

Los objetivos de esta fase son: promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario, dirigir cuidados y documentarlos, crear registros para utilizarlos en la evaluación, investigación y propósitos legales; así también proporcionar datos de costo-beneficio para la institución por lo que se requiere de un acceso fácil para estos, los planes deben ser claros, específicos y consecuentes.

Componentes de la planeación:

- a) Definir prioridades: las prioridades se establecen teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad; la importancia vital del problema encontrado, la jerarquización de las necesidades, la prioridad que les da el usuario, los planes de tratamiento médico, los recursos de enfermería, el interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas.³⁰

En algunas instituciones se llevan a cabo acciones, medidas, estándares o bien políticas internas de realizar primero “x” o “y”. Sin olvidar que los planes estandarizados son guías que generalmente, pero no en su totalidad, se aplican a situaciones individuales de los clientes, la enfermera

²⁹ Kozier B. Fundamentos de enfermería Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1994. P 226

³⁰ Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y prácticas. Madrid: Pearson; 2005

es responsable de discriminar qué es aplicable y qué no lo es, y de individualizar en consecuencia los cuidados del usuario.³¹

- b) Establecer objetivos centrados en la persona: las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería. Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la necesidad humana.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico, estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema; aun cuando la determinación de resultados esperados es parte de la planeación, son la base para la evaluación posterior, sirven además para orientar en parte las intervenciones.

Los objetivos esperados son prácticamente intercambiables y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen (objetivos, metas, resultados), lo que se busca es guiar el plan de cuidados.

Los objetivos pueden ser a corto plazo, que son aquellos que describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras. Los objetivos a largo plazo son aquellos que describen los beneficios que se esperan después de haber puesto en marcha el plan de atención de enfermería.

- c) Determinar las intervenciones de enfermería: el plan de cuidado de enfermería, es el punto culminante de varios pasos que lo preceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas.

³¹ Ibídem p 53 Alfaro LR 2003

- d) Registro del plan: es evidente que si no hay un planteamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Hay que verificar que en el registro se anoten los diagnósticos de enfermería, objetivos esperados, intervenciones prescritas y evaluación de notas sobre las necesidades humanas. De alguna manera dichos registros servirán de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario, proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado, como instrumento de comunicación entre enfermeras y otros miembros del equipo de salud, de guía para la evaluación de la efectividad de los cuidados brindados.³²

Ejecución

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- a) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- b) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- c) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.³³

³² Ibídem p 62 Luis MT 1996

³³ Ibídem p.5 Carpenito LJ 1995

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.³⁴

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

- a) Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
- b) Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados
- c) Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.³⁵

Evaluación

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados. Según Henderson se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

La evolución consta de tres partes:

- a) La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su

³⁴ Phaneuf M Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana; 1999. P 139

³⁵ López P. Proceso de enfermería. [en línea] Rev. Iberoamericana de Geriátría y gerontología 1994; 10: 37. P. 37-38 disponible en: <file:///C:/Users/Alesita/Downloads/PROCESO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.htm> consultado el 23 de Marzo del 2016

propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

- b) Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- c) La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.³⁶

La evaluación crítica, cuidados y específica de los cuidados es la clave de la eficacia en este sentido la evaluación para el proceso de atención de enfermería se determina la eficiencia de un plan de cuidados individualizado, también es momento de reiniciar si no existe solución a los problemas, o si no se detectó la prioridad, no se tuvo el recurso material o humano, o si existió alguna respuesta humana durante la ejecución. Evaluar el plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero.

³⁶ Ibídem p 65 Pérez HMJ 2002

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Según la OMS 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.³⁷

El envejecimiento es un proceso deteriorativo, asociado a una disminución de la viabilidad y un aumento de la vulnerabilidad manifestado en un aumento de la probabilidad de morir de acuerdo con el incremento de edad cronológica. Comienza a dar evidencias a partir de la sexta década de vida, afectando todos los órganos y sistemas y por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo³⁸

Cambios celulares y orgánicos en el adulto mayor

a). Cambios degenerativos celulares: Se produce lo que se denomina “envejecimiento celular”, que incluye los siguientes procesos:

- Cambios en la membrana celular (composición y excitabilidad), en el citoplasma y en el núcleo.
- Cambios enzimáticos y signos de muerte celular (edema mitocondrial). - Cambios inmunológicos: aumento de producción de anticuerpos y degeneración de tejidos (6).

³⁷ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Informe de grupo científico de la OMS: Septiembre 2015. Nota descriptiva No. 404 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/> Fecha de Consulta : 28 de Agosto del 2015

³⁸ Dr. San Martin M.C ,Dr. Villanueva M. J. Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto Mayor (parte I) [en línea] Revista Dental de Chile , 2002; 93 (2), pp.11-13. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202002/PDFs_agosto_2002/Cambios%20Sistemicos%20en%20el%20Paciente%20Adulto%20Mayor...%20.pdf Fecha de consulta. 28 de Agosto del 2015

- Cambios funcionales: los desórdenes neurológicos son los que más causan daños en ancianos y entre ellos está la demencia que afecta a un 20% de los pacientes geriátricos sobre los 80 años
- Cambios en la marcha y equilibrio: se pueden asociar a deficiencias en el sistema nervioso central, a la baja en la velocidad de conducción de la masa muscular y al aumento del tono muscular (rigidez)
- Cambios en la composición corporal: entre ellos está la disminución de la estatura por modificaciones en el nivel de los cuerpos vertebrales, lo que origina un tronco corto con extremidades largas

También ocurre redistribución del volumen graso, con esto baja la adiposidad periférica subcutánea, y produce acentuamiento de los pliegues de la piel y aparición de arrugas. Además disminuye la elasticidad de los tejidos por acumulación de colágeno entrecruzado (tipo 1) y la calcificación de la elastina

b).cambios orgánicos

Sistema cardiovascular	Aumenta el tiempo de contracción – relajación Baja la capacidad ventricular izquierda Disminuye respuesta simpática Disminuye la elasticidad de los vasos Aumenta la presión arterial y la labilidad del control vasopresor Aumenta el porcentaje de arritmias
Sistema pulmonar	Desciende la elasticidad pulmonar Baja la fortaleza de la musculatura respiratoria Baja la respuesta ventilatoria por hipoxia e hipercapnea
Sistema musculo esquelético y óseo	Aumenta porosidad de corteza Trabécula reduce su grosor, número y reabsorción ósea
Cerebro	Disminuye su tamaño y peso Neurotransmisores sufren cambios Mayor pérdida de neuronas en circunvolución temporal superior
Páncreas	Aumentan los niveles de glucosa

Tiroides y otras glándulas	Fibrosis Aumento de peso y nódulos Mala absorción intestinal de la vitamina D
Riñón	Disminuye la masa renal un 30 % Función renal declina un 1% por año
Hígado	Metabolismo de drogas se disminuye a la mitad
Visión	Presbicia Miosis persistente Disminuye la secreción lagrimal Esclerosis nuclear (cataratas)
Audición	Pérdida de audición (+de 5 decibeles) Baja en la agudeza en tonos altos y discriminación del lenguaje
Nariz boca	Anosmia y alteraciones del gusto

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ficha de identificación:

Nombre: M. A. J. A. Género: Masculino

Fecha de nacimiento: 4 de Abril de 1850 Edad: 65 años

Peso: 100 kg Talla: 1.82 cm IMC: 30.19 (Obeso Tipo 1)

Estado civil: Divorciado Escolaridad: Licenciatura

Ocupación actual: Pensionado

Religión: Católico

Domicilio: cerrada 2 de Abril No.50 Interior 109 Rinconada de Atizapán de Zaragoza. Atizapán de Zaragoza, Estado de México

VALORACIÓN POR NECESIDADES:

Necesidad de Oxigenación:

Datos subjetivos: El señor M. A. no presenta problemas para respirar, no se ha expuesto a humo de leña, refiere ser fumador ocasional fumando hasta 10 cigarrillos en un día, convive con personas fumadoras, no convive con aves, no presenta dificultad respiratoria al caminar ni al subir las escaleras.

Refiere ser hipertenso y conocer su T/A desde hace 10 años aproximadamente, niega patologías cardiacas.

Donde vive no hay fábricas, su casa cuenta con ventilación e iluminación adecuada y cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

Datos Objetivos: Registro de signos vitales: T/A: 1300/90 FR: 22 x` FC: 78 x` Temperatura: 35.5°.

Paciente masculino de edad similar a la cronológica, neurológicamente integro con un Glasgow de 15/15 sin datos de delirium, orientado en tiempo espacio y

persona, reactivo y cooperador, con ligera palidez de tegumentos, narinas permeables sin datos de sangrado, tórax normolíneo, con movimientos ventilatorios sincrónicos y uniformes, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares bien ventilados sin sibilancias ni crepitaciones, llenado capilar de 4".

Necesidad de Nutrición e hidratación:

Datos subjetivos: la dieta habitual del señor M. A. a la semana es:

Desayuno: huevo 2/7, arroz 2/7, café 4/7, fruta von yogurt 3/7, jugo 3/7, cereal con leche 2/7, tortillas 2 diarias

Cena: acostumbra a cenar en la calle tacos, hamburguesas, quesadillas

Entre comidas: papaya 1/7, sandía 1/7, jícama 1/7, cacahuates 7/7

Comida: carne roja 3/7, sopa de verdura 5/7, sopa de pasta 3/7, caldo consomé 2/7, frijoles 2/7.

Toma 1.5 litros de agua al día aproximadamente, pero comenta que le agrada consumir refrescos, toma 1 vaso de alcohol los días jueves.

Acostumbra a comer en casa en compañía de su familia, considera que el estado de ánimo no influye en su alimentación, los alimentos que más le agradan son el espagueti, arrachera, caldos, arroz con huevo, guacamole y las hamburguesas, los alimentos que le desagradan son los panes, el chipotle ya que le ocasiona algunas veces diarrea, niega alergias a alimentos, niega intolerancia, no tiene problemas para masticar, considera adecuada su digestión pues evacua diario 1 o 2 veces al día.

Datos Objetivos: Cabello bien implantado castaño oscuro con presencia de algunas canas, ligera palidez de tegumentos, piel ligeramente seca, mucosas orales hidratadas e integra, con dentadura incompleta ya que presenta pérdidas molares y presenta piezas dentales con caries, lengua saburral, uñas rosadas y lisas de las manos con llenado capilar de 4".

Peso: 100 kg

Talla: 1.82 cm

IMC: 30.19 (Obeso Tipo 1)

Necesidad de eliminación:

Datos subjetivos: Refiere que tiene problemas para evacuar ya que en ocasiones se estriñe, tiene dolor al evacuar cuando se estriñe y sus heces son sólidas y duras, otras veces llega a evacuar hasta 4 veces durante el día y sus heces son semilíquidas, comenta tomar laxantes e ingerir más fruta para poder evacuar y evita comer cereal y frijoles. Comenta tener sensación de estómago lleno, afirma flatulencias, niega incontinencia fecal, afirma haber tenido hemorroides

Orina 5 veces al día, orina color amarilla clara con olor a medicamento, sin dolor al orinar, poliuria y nicturia, sin retención urinaria, dice sudar poco, sin dificultad para eyacular.

Datos Objetivos: Abdomen globoso depresible no doloroso, ruidos peristálticos presentes, perímetro abdominal de 100 cm

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Datos subjetivos: tiene problema para deambular y para moverse debido a su amputación de miembro pélvico izquierdo a nivel infracondilea lo cual repercute en sus actividades diarias, utiliza una silla de escritorio para trasladarse de un lugar a otro; niega dolor óseo, muscular, articular y contracturas, no tiene movimientos involuntarios, niega debilidad muscular, antes realizaba ejercicio actualmente ya no.

Datos Objetivos: tiene problemas para mantener el equilibrio debido a su amputación, tiene buena fuerza muscular y buena flexibilidad, presenta reflejo rotuliano en pie derecho, adquiere diversas posturas estando acostado, requiere de apoyo para deambular, se le compro una silla de ruedas que no utiliza y prefiere que lo trasladen en una silla de escritorio.

Paciente masculino de edad similar a la cronológica, neurológicamente integro con un Glasgow de 15/15 sin datos de delirium, orientado en tiempo, espacio y persona

Necesidad de dormir y descansar:

Datos subjetivos: duerme solo 6 horas en un horario de 23-24 hrs a 6 am comenta que se despierta a las 3 am para ir al baño, despierta sin cansancio, no tiene dificultad para conciliar el sueño, acostumbra a tomar siestas y dormita cuando ve televisión. No presenta nerviosismo al dormir. Su cama favorece su sueño es una King size alta y cómoda. No tiene una rutina para conciliar el sueño, sólo se acuesta en su cama y duerme.

Datos Objetivos: Presenta ojeras discretas, presenta concentración y atención al ser interrogado, tiene una actitud positiva a pesar de su amputación.

Necesidad de vestirse y desvestirse:

Datos subjetivos: El sr. M. A. elige su ropa, cuando hace frío acostumbra ponerse suéter o un chaleco pero no acostumbra abrigarse mucho, cuando hace calor utiliza bermudas y ropa fresca, su ropa es ligera y cómoda lo que le permite una buena libertad de movimientos, los colores que más utiliza son alegres, luminosos, vivos no le agrada el color negro; su estado de ánimo no influye en su elección.

Datos Objetivos: vestido limpio, completo y adecuado, es incapaz de vestirse por sí mismo debido a su amputación, por lo que necesita la ayuda de su enfermero para vestirse y desvestirse.

Necesidad de termorregulación:

Datos subjetivos: Sabe tomarse la temperatura, cuando tiene fiebre suele darse un baño en la regadera

Datos Objetivos: Temperatura periférica de 35.5°C Ligera palidez de tegumentos, caliente al tacto. La habitación donde descansa tiene buena iluminación y ventilación, no presenta corrientes de aire

Necesidad de higiene y protección de la piel:

Datos subjetivos: Realiza baño diario 2 veces al día necesita ayuda para bañarse, con cambio de ropa diaria, lavado de manos antes y después de cada alimento y después de ir al baño, higiene dental dos veces; una en la mañana y otra en la noche, comenta que su última visita al dentista fue hace tres meses .

Datos Objetivos: Paciente limpio y aseado, viste de acuerdo a su edad, con ligera palidez de tegumentos, piel reseca, dura, cuero cabelludo limpio, pie derecho con edema con un Godet de ++ y con presencia de una lesión de tipo úlcera en el talón.

Necesidad de evitar peligros:

Datos subjetivos: tiene esquema de vacunación completo, acude a revisiones periódicas, última revisión prostática sin complicaciones, no se realiza auto exploración mamaria, uso del condón es sus relaciones sexuales, no seguimiento adecuado de su tratamiento de la diabetes e hipertensión, no se automedica, niega uso de drogas, refiere hacer buen uso de las medidas de seguridad como utilizar el cinturón cuando va en carro, uso del pasamanos, uso de asideras, utiliza lentes para leer y ver televisión y lentes de sol, no usa aparatos para la audición, él se siente bien y tiene una percepción de él buena, es capaz de dar solución a sus problemas y mantener su seguridad física, cuenta con medidas de seguridad en su casa, siente tristeza por la pérdida de su miembro pélvico izquierdo

Datos Objetivos: No presenta deformidades congénitas, las condiciones de su hogar son las apropiadas para él, escaleras con barandales debido a su amputación se le compro una silla de ruedas que no utiliza ya que prefiere que lo

trasladen sobre una silla de escritorio, no es capaz de mantener su seguridad por si solo ya que necesita apoyo.

Necesidad de comunicarse:

Datos subjetivos: Habla español, sin alteración de los órganos de los sentidos, sin afectación verbal, se considera una persona seria, optimista, realista y extrovertido, lectoescritura sí, considera la comunicación con su familia buena ya que puede acudir a ella si se presentara algún problema, nunca está solo. La comunicación con el personal de enfermería es adecuada y buena, presenta buena relación con los enfermeros.

Datos Objetivos: El señor M. A. habla claro, sin dificultad, su visión es buena aunque necesita lentes para leer y ver televisión, escucha bien. Es congruente y coherente en lo que dice.

Necesidad de vivir según creencias y valores:

Datos subjetivos: El señor M. A. profesa la religión católica y esta no le genera conflictos personales, para él es importante la familia y la salud, las amistades y el deporte, considera que la vida lo ha tratado bien y que las complicaciones son su responsabilidad.

Datos Objetivos: Refiere ser católico aunque no acude a misas pero tiene una imagen de la virgen de Guadalupe y porta un escapulario. Permite la exploración física. Piensa que su enfermedad no tiene nada que ver con problemas de religión sino descuidos de su parte, pero se encomienda a un ser superior para su recuperación y afrontamiento de su enfermedad.

Necesidad de trabajar y realizarse

Datos subjetivos: El sr. M. A. es pensionado, no tiene actividad renumerada, tiene la limitante de su amputación por lo que necesita del apoyo de un enfermero las 24 horas. Para realizar la mayoría de sus actividades diarias como bañarse, vestirse y desvestirse, lo que no afecta su estado emocional, sin dificultad para

relacionarse socialmente. Refiere cumplir sus metas la mayoría de las veces debido a que es perseverante y optimista, considera que ya cumplió sus metas sin embargo debido a esta nueva condición su única meta es preservar su salud.

Datos Objetivos: Se encuentra tranquilo, le gusta la compañía de su familia.

Necesidad de recrearse:

Datos subjetivos: Refiere ser una persona alegre, en sus tiempos libres le gusta leer, ver televisión y reunirse con amistades y familiares, niega cambios bruscos de su estado de ánimo, niega haber sido diagnosticado con síndrome depresivo, su estado de ánimo si influye para realizar actividades ya que a veces se siente aburrido y no tiene ganas de salir

Datos Objetivos: No rechazo a las actividades recreativas. Su estado de ánimo es participativo, con buen sentido del humor.

Necesidad de aprendizaje:

Datos subjetivos: Nivel académico licenciatura con la carrera de Ingeniero Eléctrico, considera que siempre se necesita adquirir nuevos conocimientos ya que estos siempre son necesarios, refiere tener una buena capacidad para aprender, sus conocimientos los adquiere principalmente de libros y estos conocimientos no han modificado su estado de salud, no ha adquirido actitudes ni habilidades para mantener su salud pero ahora veo la importancia de cambiar de hábitos y actitudes.

Datos Objetivos: Manifiesta deseo de querer aprender más acerca de cómo preservar su salud.

Medicamentos que toma:

Losartan 1 tableta cada 24 horas (10 am)

Amlodipino 1 tableta cada 24 horas (10 am)

50 ml de Tempra cada 8 horas (8-16-24 hrs)

Zyvoxam 1 tableta cada 12 horas (8-20 hrs.)

Fluconazol 1 capsula cada 24 horas (8 hrs)

Clexane 1 jeringa cada cada 24 horas (10 hrs)

Corpotasin 1 tableta cada 12 horas (10-22 hrs)

Vasculflow 1 tableta cada 12 horas (10-22 hrs)

Ketosteril 3 tabletas con cada alimento

Lasix 1 tableta cada 24 horas (14 hrs)

Caltrate 1 tableta cada 24 horas (14 hrs)

Zyloprim cada 24 horas (23 hrs)

Atruline 1 tableta cada 24 horas (20 hrs)

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
Oxigenación Dependencia: 1	No presenta alteración	
Nutrición-hidratación Dependencia: 3		Alimentación excesiva en carbohidratos Toma suficiente agua aunque toma más refresco Lengua sialorreica Peso 100 kg con un IMC de 30.19 (obeso tipo 1)
Eliminación Dependencia: 3		Estreñimiento ocasional Poliuria, nicturia Uso de laxantes Necesita que le pacen el pato
Movimiento y mantener una buena postura Dependencia: 5	Es capaz de adoptar posturas acostado	Necesita que lo trasporten
Descanso y sueño Dependencia: 2	No necesita de algún fármaco para conciliar el sueño	Toma siestas durante el día Se despierta durante la noche Presencia de ojeras
Termorregulación Dependencia: 1	Eutérmico	
Vestir y desvestirse Dependencia: 5	Elige su ropa de acuerdo a su edad, edad y clima.	Necesita de la asistencia del enfermero para vestirse y desvestirse
Mantener la higiene corporal y cuidados a la piel Dependencia: 5		Baño diario con ayuda del enfermero Presencia de lesión en el talón derecho Herida (muñón)
Evitar peligro del entorno Dependencia: 4	Es capaz de identificar riesgos del entorno Su casa cuenta con las medidas de seguridad	Necesita vigilancia por familiar y enfermero
Comunicación Dependencia: 1	No tiene problemas para comunicarse	
Creencias y valores Dependencia: 3		Católico

Trabajar y realizarse Dependencia: 1	Pensionado
Recreación Dependencia: 1	Le gusta leer y ver televisión
Aprendizaje Dependencia: 3	<p>Conoce su estado actual de salud</p> <p>Tiene interés en aprender todo lo relacionado a su situación actual para preservar su salud</p> <p>Necesita que alguien le enseñe el tratamiento a seguir</p>

DIAGNÓSTICOS:

Diagnósticos reales:

1. Mantener la higiene corporal y cuidados de la piel

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesión en el talón derecho manifestado por destrucción de las capas de la piel.

Deterioro de autocuidado baño relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

2. Moverse y mantener una buena postura

Deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la continuidad ósea manifestado por ambulación en silla de escritorio, Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria

3. Vestir y desvestir

Deterioro de autocuidado vestido relacionado con Deterioro musculo esquelético manifestado por Incapacidad para vestirse solo

4. Alimentación e hidratación

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por índice de masa corporal de 30.19 (Obeso Tipo 1) y un peso de 100 kg

Diagnósticos de riesgo

Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica (muñón miembro pélvico derecho)

PLANEACIÓN

- Diagnósticos reales

Mantener la higiene corporal y cuidados de la piel

Enunciado: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesión en el talón derecho manifestado por destrucción de las capas de la piel

Objetivo: Favorecer el proceso de cicatrización de la herida manteniendo un estado óptimo de higiene y limpieza de la piel apoyado en una vigilancia continua y adecuada para una integridad y pronta reintegración a sus actividades diarias.

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
1. Mantener la piel seca y limpia	La piel es la primera línea de defensa del organismo y una barrera protectora natural contra el medio ambiente externo, cuando esta se ve afectada la barrera se pierde y queda vulnerable al dolor, infecciones y otras complicaciones, por lo tanto es importante mantenerla limpia.
2. Evitar la humedad	La humedad favorece la aparición de lesiones dérmicas
3. Movilización de la pierna cada 2 horas	La movilización en la cama así como la realización de ejercicios permiten mantener un adecuado aporte sanguíneo
4. Vigilancia de la coloración, sensibilidad y temperatura de la extremidad	La piel debe examinarse por lo menos una vez al día, con especial atención en prominencias óseas.
5. Cubrir la lesión con un apósito	Las heridas que abiertas son vulnerables a la abrasión, y contaminación.
6. Reducir o eliminar los factores que contribuyan a la extensión de la lesión Utilizar almohadas para proporcionar un efecto puente impidiendo que la zona afectada toque la cama	Estas medidas ayudan a distribuir la presión en las áreas grandes
7. Lubricar la piel después del secado	La lubricación de la piel ayuda a prevenir la proliferación de microorganismos y posibles lesiones en zonas frecuentes de fricción
EVALUACIÓN: Al momento de la valoración el señor M.A presento un riesgo moderado (13 en escala de Braden) aunque las intervenciones fueron realizadas y la lesión disminuyo considerablemente, esta aun no cicatriza y el señor M.A. aún continúa con riesgo moderado.	

Enunciado: Deterioro de autocuidado baño relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo

Objetivo: Facilitar la realización del baño corporal mediante medidas de seguridad adecuadas y apoyo continuo al paciente para garantizar una adecuada seguridad y mantener una correcta higiene corporal.

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
1. Colocar objetos personales en el baño (jabón, toalla, zacate, equipo de afeitado, desodorante).	El personal de enfermería debe valorar la forma habitual de balarse del paciente, los productos para la higiene que suele emplear, sus hábitos y creencias,
2. Motivar al paciente que se bañe el mismo.	Ello sirve para fomentar la independencia, el ejercicio y la autoestima,
3. Comprobar la limpieza de las uñas según la capacidad de autocuidado del paciente,	El corte e higiene de las uñas previene lesiones en los tejidos circundantes,
4. Facilitar que el paciente se cepille los dientes.	El estado de la cavidad oral ejerce una influencia directa en el estado de salud general de la persona,
5. Proporcionar un ambiente terapéutico.	Garantiza una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada,
6. Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales por si hubiera signos de presión o irritación y lesiones.	El baño puede llevarse a cabo de diversas maneras, según las necesidades, el estado de salud y los hábitos personales del paciente. Es en cualquier caso necesario limpiar la piel y proteger lugares de lesión o áreas con signos de irritación.
7. Facilitar el secado total del cuerpo.	Después del baño dejar zonas con humedad provoca, comezón, irritación, lesión o infección.
<p>EVALUACIÓN: El objetivo se logró, ya que el señor M. A. se muestra muy cooperador y satisfecho con las acciones que realiza por sí solo, la ayuda del enfermero solo se lleva a cabo cuando él la solicita, como pasarle cosas de aseo personal que necesita y lavar o secar áreas que no alcanza, se muestra muy comprometido con su aseo personal y cada día está más satisfecho de poder lograr acciones por sí solo.</p>	

Moverse y mantener una buena postura

Enunciado: Deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la continuidad ósea manifestado por ambulación en silla de escritorio, Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria

Objetivo: Fomentar la movilidad física mediante una serie de actividades y ejercicios que permitan un fortalecimiento físico y emocional para una pronta reincorporación a sus actividades así como evitar la atrofia de músculos y una baja autoestima.

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
1. Fomentar el ejercicio 2. Dar seguridad al paciente 3. Realizar terapia de ejercicios activos para la deambulaci3n y para mantener el equilibrio 4. Terapia de ejercicios de movilidad de articulaciones 5. Realizar ejercicios de extensi3n 6. Manejo y control del peso seg3n sus necesidades cal3ricas 7. Prevenci3n de caídas	Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulaci3n y fortalecer los m3sculos. Fomentar la seguridad del paciente permite que mejore la autoestima y sea m3s f3cil la realizaci3n de los ejercicios La movilizaci3n activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los m3sculos y mejora las funciones cardiacas y respiratorias. La movilizaci3n pasiva mejora la actividad articular y circulaci3n. La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona. Fomentando la sensaci3n de control y autodeterminaci3n del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecuci3n.
EVALUACI3N: En la movilidad f3sica se observa una mejoría que ha sido gradual con el paso de los d3as, sin embargo la deambulaci3n a3n no se da porque le ha costado trabajo ya que tiene miedo a caerse, necesita ayuda para deambular y sus traslados eran lentos, ahora los hace solo, y si necesita ayuda la pide.	

Vestir y desvestir

Enunciado: Deterioro de autocuidado vestido relacionado con Deterioro musculo esquelético manifestado por Incapacidad para vestirse solo

Objetivo: Facilitar la acción de vestirse y desvestirse mediante ejercicios de apoyo adecuados así como la ayuda de un cuidador para mejorar su autocuidado vestido/arreglo personal.

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none">1. Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal.2. Disponer de las prendas del paciente en una zona accesible (pie de la cama).3. Ayuda al vestirse y desvestirse.4. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.5. Ayudar con los botones, cremalleras y cordones y zapatos si es necesario.6. Enseñanza de maniobras para vestirse y desvestirse solo	<p>No suplir las actividades que el paciente puede realizar para su vestido/arreglo personal</p> <p>El personal de enfermería debe dejar que el paciente realice las actividades de vestido que él puede realizar sin ningún problema para estimular las articulaciones y evitar una atrofia muscular, así mismo evitara la dependencia del paciente para vestirse y desvestirse solo.</p> <p>Las dificultades para vestirse y desvestirse comprenden la incapacidad para obtener, ponerse, quitarse o reemplazar prendas de ropa; y mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.</p> <p>Mantener la intimidad del paciente le otorgara un entorno más cómodo, favorable y le dará seguridad de realizar dichas acciones,</p> <p>Facilitar el vestido completo a zonas donde el paciente no alcanza por si solo otorgara una satisfacción personal de arreglo personal.</p> <p>Servirá para fomentar la independencia, el ejercicio y la autoestima.</p>
<p>EVALUACIÓN: El objetivo se logró, ya que el señor M. A. se muestra muy cooperador y satisfecho con las acciones que realiza por sí solo, la ayuda del enfermero solo se lleva a cabo cada que lo requiere, pero se logra vestir en su mayoría por sí solo y cada día se encuentra más motivado por realizar todo solo.</p>	

Nutrición e hidratación

Enunciado: Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por índice de masa corporal de 30.19 (Obeso Tipo 1) y un peso de 100 kg

Objetivo: Orientar sobre el aporte de nutrientes requeridos de acuerdo a su edad, estatura y condición física que convengan a su estado de salud para mantener un equilibrio fisiológico

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Educar al paciente sobre los grupos de alimentos que debe consumir en una dieta equilibrada</p> <ul style="list-style-type: none">• Plato del buen comer• Enseñarle como dividir sus comidas para realizar 5 al día• Mostrarle los alimentos que puede consumir en una colación	<p>Una dieta equilibrada es aquella que permite mantener un estado nutricional óptimo, dado que su composición es cuantitativa y cualitativamente correcta, es decir que esta proporcionada en caloría y nutrientes, siendo la contribución porcentual de los macronutrientes: 50-55 % de hidratos de carbono (3. % fibra) 30 % grasas 10- 15 % de proteínas</p>
<p>2. Informar al paciente sobre la disminución de calorías en la dieta que debe de llevar</p>	<p>Explicar al paciente los alimentos que incluyen en el plato del buen comer le ayudara a identificar el tipo de alimentos que puede consumir a diario según sus posibilidades Se recomienda que el aporte diario de las kilocalorías se realice en 5 tomas con una distribución de : Desayuno 30 % Media mañana 15% Comida 20% Merienda 15 % Cena 20 %</p>
<p>3. Observar signos de hiperglucemia en el paciente</p>	<p>Un consumo alto en calorías puede empeorar el estado hiperglucemiante del paciente, al disminuir las calorías permite disminuir y mantener en estado normal la glucemia.</p>

<p>4. Toma de glicemia capilar cada 24 horas</p>	<p>Algunos síntomas manifiestan el aumento de la glucosa en sangre tales como polifagia; porque la glucosa ingerida no entra en los tejidos y el cuerpo sigue pidiendo carbohidratos, polidipsia; cuando hay mucha glucosa en la sangre se envía una señal al cerebro de la concentración de sangre y esto aumenta la sed, poliuria; la glucosa tiende a arrastrar agua en la nefrona por ser osmóticamente activa</p> <p>Permite llevar un control de la glucosa y vigilar que no aumente demasiado, y si esto llegará a pasar intervenir inmediatamente</p>
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>El logro de este objetivo aún no se puede evaluar en su totalidad, ya que es a largo plazo, sin embargo el señor M. A. se muestra cooperador y su familia también; por lo que el seguimiento de la dieta ha sido fácil. Han pasado 6 semanas y el señor M. A. se ha sentido bien con sus nuevos hábitos alimenticios aunque no ha perdido peso.</p>	

➤ Diagnósticos de riesgo

Enunciado: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física

Objetivo: Evitar cualquier lesión por caída mediante de una valoración minuciosa de su entorno y actividades diarias con el fin de evitar peligros potenciales que pongan en riesgo su salud mental e integridad física

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas, evaluando constantemente la escala de Glasgow 2. Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas 3. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandales) 4. Observar la habilidad de pasar de la cama a la silla y viceversa 5. Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad 6. Informar a la familia sobre los factores de riesgos que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. 	<p>La edad del paciente y su estado de salud influyen en las precauciones específicas respecto a la seguridad que deben acometerse para proporcionar un ambiente seguro</p> <p>Los pacientes con riesgo son aquellos que tienen alterado el estado mental debido a confusión, desorientación, alteración de la memoria e incapacidad para comprender, y aquellos que toman medicamentos como sedantes, tranquilizantes, antihipertensivos y betabloqueadores</p> <p>Los factores ambientales pueden crear peligros actuales o potenciales y fracasar en proporcionar protección y seguridad.</p> <p>La luz adecuada es fundamental para conservar la vista, y una buena iluminación ayudará que durante la deambulación exista menor riesgo de tropezar con algún objeto que pueda provocar alguna caída</p> <p>Una familia bien informada acerca de los riesgos y peligros que puede enfrentar el paciente va a permitir que se proporcionen las medidas necesarias para evitar cualquier tipo de peligro en el paciente y se esté al tanto de riesgos potenciales</p>
<p>EVALUACIÓN: El señor M.A. durante 6 semanas no sufrió de ninguna caída y su habilidad para pasar de la silla a la cama y viceversa, ha ido en aumento aunque aún sigue utilizando la silla de escritorio.</p>	

Enunciado: Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica (muñón)

Objetivo: Prevenir de cualquier infección a la herida (muñón) mediante una correcta higiene y cuidados específicos para evitar cualquier tipo de complicación en el proceso de cicatrización

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
1. Lavado de herida quirúrgica 2. Evitar la humedad 3. Lavado de manos 4. Valorar las constantes vitales 5. Administrar los antibióticos prescritos 6. Instruir al paciente y familia acerca de los signos de infección	El lavado de la herida quirúrgica evita acumulación de bacterias producidas por una mala higiene. La humedad continua en la piel favorece la aparición de infecciones El lavado de manos reduce el riesgo de contaminación cruzada Los cambios sutiles en las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos precoces de sepsis. Los antibióticos administrados con el intervalo adecuado aseguran el mantenimiento de los valores terapéuticos
EVALUACIÓN: Durante 6 semanas el señor M. A. no presentó ninguna infección, no hubo cambios en sus constantes vitales y la herida cicatrizo bien.	

EJECUCIÓN:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesión en talón derecho manifestado por destrucción de la capas de la piel

Entorno: casa del señor M. A.

Salud: Mantener la higiene corporal y cuidados de la piel

Persona: paciente y familiar

Cuidado: se realizó una vigilancia constante a la lesión procurando que en todo momento estuviera limpia y seca, se le explicaron los cuidados que debe tener.

Se le brindo asesoría acerca de los cambios posturales y ejercicios pasivos y activos ejemplificándolos y pidiendo al familiar que los repitiera para comprobar que hayan sido comprendidos.

Deterioro de autocuidado baño relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por la incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo

Entorno: Casa del señor M. A.

Salud: Higiene y protección de la piel.

Persona: Paciente

Cuidado: Por la mañanas se ayuda a bañar al señor M.A. se le proporcionan sus objetos de aseo personal y se le ayuda a lavar las zonas que no alcanza, al término del baño se seca y se le ayuda en zonas donde más se acumula la humedad donde no se puede secar con facilidad (ingles, pies) y por último se le ayuda a vestir. Por las noches él se vuelve a bañar antes de dormir y se le ayuda de igual manera que en el baño de la mañana.

Deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la continuidad ósea manifestado por ambulación en silla de escritorio, inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria

Entorno: casa del señor M.A

Salud: Moverse y mantener una buena postura

Persona: paciente y familiar

Cuidado: Se le explica la importancia de los movimientos pasivos y activos y cómo estos le ayudaran para una recuperación y se observa la tolerancia que tiene hacia estos, además se le explica la importancia de tener una mejor alimentación basada en el plato del buen comer.

Al familiar se le indica de cómo se deben de hacer los ejercicios pasivos, el familiar refiere que se los hace dos veces al día, aunque el deterioro de la movilidad continúa.

Deterioro de autocuidado vestido relacionado con deterioro musculo esquelético manifestad por la incapacidad de vestirse sólo.

Entorno: Casa del señor M. A.

Salud: Vestirse y desvestirse

Persona: Paciente

Cuidado: Por la mañanas después del baño se le ayuda el señor M. A. a vestirse, sin intervenir en las funciones que él puede hacer por sí solo, se le ayuda con ropa interior, pantalones, calcetines y zapatos (prendas inferiores), se viste por si solo de la parte superior, al mismo tiempo se le motiva a que el intente vestirse, con la enseñanza de maniobras específicas para completar las acciones con ayuda de sus demás miembros restantes.

Por la noche se le ayuda a desvestirse y se le coloca el pijama para dormir

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con la necesidades metabólicas manifestado por índice de masa corporal de 30.19 (obeso tipo 1) y un peso de 100kg

Entorno: casa del señor M.A

Salud: Nutrición e hidratación

Persona: Paciente y familiar (hermana)

Cuidado: Se realizó una sesión de una hora aproximadamente donde le informe al señor M. A. sobre los cambios que debía realizar en cuanto a su alimentación, se le explico la importancia del plato del buen comer, debido a su diabetes se le adecuo una dieta semanal de 1500 kcal que se dividió en tres comidas principales y dos colaciones, explicándole la importancia de consumir los tres grupos alimenticios (frutas/verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal) ya que todos proporcionan energía, se le comenta que alimentación debe ser:

- Completa. Que incluya por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena. Equilibrada. Que los nutrimentos guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.
- Suficiente. Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.
- Variada. Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.
- Higiénica. Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.
- Adecuada. A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.

El señor M.A. y su hermana se muestran interesados con la información que se les brindo y afirman que harán lo posible para modificar su alimentación

Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física

Entorno: casa del señor M.A.

Salud: Evitar peligros del entorno

Persona: paciente y familiar (hermana)

Cuidado: Se realizó una plática con la hermana y el señor M. A. de la importancia de evitar caídas para ello se les explico las consecuencias que podría tener en caso de una, después se dio un recorrido por la casa para identificar características del hogar que pudieran aumentar las posibilidades de una caída, en dicho recorrido se observó que la casa era óptima para el señor M. A., lo único que se podía considerar como peligro era el baño, ya que el piso es resbaladizo, otro peligro era que a pesar de contar con una silla de ruedas para su traslado el señor prefería una silla de escritorio

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica (muñón)

Entorno: casa del señor M.A

Salud: Mantener la higiene corporal y cuidados de la piel

Persona: paciente y familiar

Cuidado: Se le enseñó a la hermana del señor M. A. como se hacía el lavado de la herida quirúrgica y la importancia de lavarse las manos (los cinco momentos), se evitó el contacto con la humedad por lo que después de cada lavado se llevaba a cabo un secado con una lámpara especial y en algunas ocasiones se utilizaba una secadora especial para el señor; se le administraron los antibióticos en el horario establecido y sus constantes vitales fueron tomadas y registradas dos veces al día por lo que se notó que no hubo alteraciones en ellas

Evaluación

Este proceso de atención de enfermería se aplicó en un adulto de edad media. Se realizó una valoración con un instrumento de Virginia Henderson que al haber sido analizado se concluye que de acuerdo a la escala de Phaneuf se encuentran afectadas 5 necesidades Mantener la higiene corporal y cuidados a la piel, Moverse y mantener una buena postura, Vestir y desvestirse, Evitar peligros del entorno y Nutrición e hidratación, de las cuales se estructuraron 6 diagnósticos de enfermería, cuatro reales y dos de riesgo, priorizando y planteando los objetivos correspondientes.

Los objetivos de corto plazo se cumplieron todos ya que, el señor M.A no presentó infecciones en su herida quirúrgica, tampoco hubo caídas dentro de su hogar, logro una independencia en relación con las necesidades de higiene y vestir/desvestir.

La nutrición del señor M.A ha mejorado, gracias a los nuevos hábitos alimenticios que ha aprendido, ya que ahora es más consciente de los alimentos que lo ayudan y le favorecen a su salud, come 5 veces al día y sabe la importancia de seguir con su dieta.

Para el objetivo relacionado con movilidad y postura, a través del aprendizaje de los beneficios e importancia de los ejercicios, se concientizo al señor M.A de lo importante que es que siga con ellos para tener una mejor rehabilitación, ya que ayudaran en un futuro cuando tenga su prótesis.

Aumentar los conocimientos sobre los distintos temas de salud mejora el estado de bienestar, porque la mayoría de los objetivos alcanzados depende de la toma de decisiones del señor M.A, ya que con la suficiente conciencia desarrollada

podrá cumplir con los objetivos a largo plazo que sólo se alcanzan con la constancia.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería es un método por el cual se puede realizar una valoración, un análisis, estructurar diagnósticos enfermeros, planificar intervenciones con sus respectivos objetivos, ejecutar y obtener una evaluación de las mismas para proporcionar cuidados con mayor calidad y específicos acorde a las necesidades de la persona, además de que es aplicable al individuo, a la familia o a la comunidad.

En cuanto a la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, obtuve una gran satisfacción, ya que aplique los conocimientos obtenidos durante la carrera, reforcé temas, hubo gran interacción con la familia del señor M. A. J. A., y aporte cambios en el estilo de vida de la familia, sobre todo en la alimentación.

También desarrolle un nivel de aptitud que sirvió ampliamente en el logro de los objetivos.

Cabe destacar que cada una de las 14 Necesidades propuestas por Virginia Henderson es importante, sin importar el nivel de dependencia que tenga la persona, puesto que todos los seres humanos estamos en constante cambios; y estas dependencias también cambian y varían, es nuestro deber como enfermeros ayudar a que las personas alcancen su máxima independencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad de enfermería: son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado

Características definitorias: claves o interferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un dx real de salud o promoción de salud

Diagnóstico enfermero real: describe respuestas humanas o estado de salud /procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas como la nutrición y el ejercicio y se apoya en las características definitorias

Diagnóstico enfermero de salud: describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas

Diagnóstico enfermero de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuye al aumento de la vulnerabilidad

Disuria: es cualquier dolor, molestia o sensación urente que se presenta al orinar.

Etiqueta diagnóstica: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas, puede incluir modificadores.

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: factores que pertenecen mostrar algún tipo de patrón de relación o con el dx enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados con, contribuyentes a o adyuvantes al dx. Solo los dx enfermeros reales tienen factores relacionados

Fuente de infección: foco desde el que se transmiten los gérmenes a un organismo vivo infectándolo, las fuentes de infección pueden ser: ser humano (enfermo o portador), animales, suelo, fómites, etc. ver enfermedad infecciosa

Intervención de enfermería: tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente incluye cuidados directos e indirectos dirigidos a la persona familia y comunidad como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros.

Intervenciones independientes: son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de la enfermería sin una indicación del médico

Intervenciones de colaboración o interdependientes: definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos pueden añadir

detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

Infección: es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.

Pie diabético: se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores

Nicturia corresponde a un aumento de la frecuencia en la micción nocturna de orina, de forma tal que se vuelve más frecuente ir de noche que de día.

Poliuria: el volumen urinario excesivo, cuya denominación médica es poliuria, se refiere a la emisión anormal de grandes cantidades de orina cada día.

Signo: todo padecimiento que se puede medir o cuantificar

Síntoma: todo lo que el paciente refiere

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro L. (2003) Aplicación del Proceso enfermero. (5ª Ed.) Barcelona: Elsevier Masson

Antonucci R, Braver D, Giraudo S, Santillán C, Sosa A, Waitman J, et al.(2009) Recomendaciones sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Sociedad Argentina de Diabetes.

Boulton A, Cavanagh PR, Rayman G. (2007) Pie diabético. México: Manual Moderno.

Carpenito, LJ (1995) Manual de Diagnostico de Enfermería. (5ª Ed.) Madrid: Mc Graw Hill Interamericana

Castrillón MC (1997) La dimensión social de la práctica de la enfermería. (1ª Ed.) Medellín: Universidad de Antioquia

Castro G, Liceaga G, Arrijoja A, Calleja JM, Espejel A, Flores J, García T, et al.(2009) Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. MedIntMex

Colliere, MF (1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana

González M (2004) El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. (2ª Ed.) México: Progreso

Fernández Ferrín C (1995) El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería. Barcelona: Masson- Salvat.

Henderson VA. (1994) La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana

Kozier B, et al (1993) Enfermería Fundamental (4ª Ed.) Madrid: McGraw-Hill-Interamericana

Kozier B (1994) Fundamentos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana

Kozier B (2005) Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y prácticas. (8va Ed.) España: Pearson

Lerman I.(2003) Atención Integral al paciente diabético. México: Mc Graw Hill Interamericana

Luis MT (1996) Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. (2ª Ed.) Barcelona: Mosby Doyma.

Marriner-Tomey A, Raile M. (2000) Modelos y teorías de enfermería. (4ª. Ed.) Madrid: Mosby Doyma

Marriner-Tomey A, Raile M. (2007) Modelos y teorías de enfermería. (6ª. Ed.) Madrid: Elsevier Mosby

NANDA- Internacional.(2010) Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier

Orem D. (1995) Modelo de Orem. España: Doyma

Organización Mundial de la Salud.(1994) Prevención de la diabetes mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ser Inf Tecn, no. 844

Phaneuf M (1999) Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana.

Riopelle L. (1993) Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana

Referencias electrónicas

Achury Saldaña DM; (2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, Enero-Diciembre

Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Valoración de enfermería.

Guía práctica clínica, cuidados críticos de enfermería (2004)

López P. (1994) Proceso de enfermería. Rev. Iberoamericana de Geriatria y gerontología

Organización Mundial de la Salud (2015). Envejecimiento y salud. Informe de grupo científico de la OMS

Pérez Hernández MJ (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica, Mayo-Agosto

Rincón, Yorgi, Gil, Víctor, Pacheco, Julio, Benítez, Isabel, & Sánchez, Miguel. (2012). Evaluación y tratamiento del pie diabético. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo.

San Martín M. J. Villanueva M. J. (2002) Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto Mayor (parte I). Revista Dental de Chile

Zárate Grajales RA.; Cárdenas Jiménez M (2001). La formación y la práctica social de la profesión de enfermería en México. Investigación y Educación en Enfermería, Septiembre-Sin mes

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON

Datos de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Ocupación _____
Estado civil _____ Religión _____ Escolaridad _____
Domicilio _____
Unidad de salud donde se atiende _____

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia _____ Ritmo _____ Expansión torácica: _____
Simétrica _____
Profundidad: Superficial _____ Profunda _____
Pulso: Frecuencia _____ Ritmo: Regular _____ Irregular _____ Intensidad: Fuerte _____
Débil _____
Temperatura: _____ Central _____ Periférica _____ Tensión arterial _____ mm Hg.
Posición _____ Región de anatómica de valoración _____
Sonometría: Peso _____ Talla _____ Índice de Masa Corporal _____
Perímetro abdominal _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí.
Describa _____

¿Se ha expuesto al humo de leña? _____ ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí.
¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿Convive con fumadores? No, Sí. ¿Ha convivido con aves? _____
¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Sí. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí.
Especifique:

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Dificultad respiratoria: No, Sí Fatiga: No, Sí Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí.
Coloración de la piel _____ Llenado capilar _____ segundos.
Observaciones: _____

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: _____

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume? _____ ¿En dónde acostumbra comer? _____ ¿Con quién acostumbra comer? _____

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por qué? _____

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? _____ ¿Tiene problemas para masticar? No, Sí.

¿Por qué? _____ ¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí ¿Tiene problemas con su peso? No, Sí ¿Por qué? _____

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué? _____

¿Cuántos vasos de agua toma al día? _____ ¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí Cantidad _____ ¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

Explore:

Cavidad oral:

Región abdominal:

Observación:

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?:
Esfuerzo para defecar: No, Si. Dolor anal al evacuar No, Si. Dolor abdominal al evacuar No, Si.
Características del dolor _____ Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si.
Meteorismo No, Si. Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuándo
presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos utiliza? _____ ¿Qué
hábitos le ayudan a evacuar? _____ ¿Qué hábitos le dificultan la
evacuación? _____ ¿Qué características tiene la evacuación? _____
¿Cuántas veces orina al día? ¿De qué color es su orina? _____ ¿Qué olor tiene su orina?
¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Si. Nicturia No, Sí.
Retención de orina No, Si. Urgencia para orinar No, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene
problemas para orinar? _____ ¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su
sudoración? _____ ¿Bajo qué condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua?
_____ ¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de estos
signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Sí. Flujo vaginal No, Si.
¿Qué características tiene? _____ ¿Qué hace para controlar
dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta _____ alguna _____ alteración _____ en _____ la
eyaculación? _____

Explore:

Región _____ abdominal, _____ fosas _____ renales,
genitales _____

Observaciones:

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No, Si. Especifique: _____
¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, Sí. ¿Cómo? _____
¿Tiene dificultad para moverse? No, Si Especifique: _____
¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, Si. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su
ocupación? _____ ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta
postura? _____

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique cuales:

Movimientos involuntarios No, Si. Describa: _____ Le falta fuerza o Debilidad muscular No, Si. Describa: _____ Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, Si. Describa: _____ Mareos, perdida del equilibrio o desorientación. No, Si. Describa: _____ ¿Realiza usted alguna actividad física? No, Sí. ¿Cuál? _____ ¿Qué tiempo le dedica a la semana? _____

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos _____

Observaciones: _____

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, Sí. ¿Cómo? _____ Después de descansar ¿Cómo se siente? _____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, Si.

¿Se despierta fácilmente? No, Si. Sueño agitado, No, Si. Pesadillas, No, Sí. Nerviosismo, No, Si.

¿Se levanta durante la noche? No, Si. ¿Por qué? _____

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si. ¿Por qué? _____

¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Observaciones: _____

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuándo?: hace frío _____ hace calor _____

Cuando llueve _____ ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño)

Observación:

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Sí___ No___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique_____ ¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones?_____

—

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos.)

Observación:

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?_____ ¿Cada cuando se lava el cabello? _____ Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial___ Total_____ ¿Cada cuando lava sus manos?_____ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies_____ manos_____
¿Cada cuando cepilla sus dientes? _____ ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las asea? _____ ¿Cuándo realizó la última visita al Dentista? _____ ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Por qué?_____

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)

—

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si. Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocócica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra _____
Revisiones periódicas en el último año: _____ Exploración prostática No, Si.

Resultado _____ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuánto tiempo la realiza? _____ Resultado _____, Mamografía No, Si. Resultado _____ Papanicolaou No, Si. Resultado _____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: _____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si. Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si. Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? _____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?: En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? _____ ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cuál es la causa? _____ Observación: _____

10. Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____ ¿Afectación verbal? No, Si. Especifique: _____ Tipo de carácter: ___ Autopercepción: Optimista _____ Pesimista _____ Realista _____ Introverso _____ Extroverso _____ Otro _____ ¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si. Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia? _____

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Observación: _____

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? _____ ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? Ejemplos en casos de desastre _____ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? _____

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: _____

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? _____ ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Sí. ¿De qué tipo? _____ ¿A qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿Esto afecta su estado emocional? _____ ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) _____ ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Sí. ¿Cuál? _____ ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? _____ ¿A qué lo atribuye? _____ ¿Cuáles son sus metas de vida? _____

Explore: _____ (actitud)

Observaciones _____

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____ Pocas veces _____
Casi siempre _____ Siempre _____ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? _____
¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine _____ teatro _____ Lectura _____ TV _____ Música _____ Baile _____ Fiesta _____
Reuniones _____ con _____ amistades _____ y _____ familiares _____
Otros _____

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____
¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____

¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No, Sí. Especifique _____

Observación: _____

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No, Sí .Por qué?_____

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo_____ Regular_____ Casi no me cuesta trabajo_____No me cuesta ningún trabajo_ _

¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura _____ otras _____ personas _____

_____Televisión_____Radio_____ Cursos_____ Conferencias____ Otros_____ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? No, Si.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Observación:

PÍE DIABÉTICO

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglicemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; ello a su vez puede originar múltiples complicaciones micro vasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias.

El pie diabético, en particular, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores³⁹

EPIDEMIOLOGÍA

La úlcera del pie constituye una de las complicaciones más frecuentes de los individuos con diagnóstico de DM apareciendo en un 15% de los pacientes diabéticos, quienes tienen 15 a 40 veces más riesgo de amputación en comparación con los no diabéticos, y los hombres, al menos 50% más que las mujeres. La incidencia anual total es de 2-3% y de 7% en los pacientes con neuropatía. Después de una amputación en la extremidad inferior, la incidencia de una nueva úlcera y/o amputación contralateral a los 2-5 años es del 50% y la sobrevivida luego de una cirugía radical será del 50% y 40% a los 3 y 5 años, respectivamente.⁴⁰

³⁹ Organización Mundial de la Salud. Prevención de la diabetes mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ser Inf Tecn, no. 844, 1994, p 81

⁴⁰ Rincón Yorgi, Gil Víctor, Pacheco Julio, Benítez Isabel, Sánchez Miguel. Evaluación y tratamiento del pie diabético. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2016 Mayo 14]; 10(3): pp.177 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000300008&lng=es.

CLASIFICACIÓN

Diversas son las causas que permiten el desarrollo del pie diabético así como también su forma de presentación y evolución clínica, por tanto, es importante contar con un sistema de clasificación de las lesiones del pie diabético que estandarice las diversas definiciones, permita evaluar el curso clínico y los resultados de distintos tratamientos⁴¹.

Con este propósito, se han creado distintas clasificaciones mundialmente aceptadas, dentro de las cuales se incluye la de Wagner, Texas, PEDIS, San Elián entre otras.

La clasificación de Wagner, se basa en la profundidad, presencia de osteomielitis o gangrena y la extensión de la necrosis tisular, sin embargo, esta clasificación no toma en cuenta dos parámetros de importancia crítica como la isquemia y la infección.

Clasificación de Wagner	
Grado 0	Ausencia de úlcera. Pie en riesgo (deformidad, hiperqueratosis)
Grado 1	Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes
Grado 2	Úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos pero no compromete el hueso o la formación de abscesos.
Grado 3	Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis
Grado 4	Gangrena localizada
Grado 5	Gangrena extensa

FISIOPATOLOGÍA

Aunque las lesiones del pie diabético pueden ser diferentes, la vía fisiopatológica para la aparición de la úlcera y sus complicaciones es muy similar y está determinada por diversas condiciones. Esquemáticamente existen factores predisponentes que incluyen la neuropatía, macro y microangiopatía y artropatía;

⁴¹ Boulton A, Cavanagh PR, Rayman G. Pie diabético. Manual Moderno. México 2007

factores precipitantes que incluyen los traumas mecánicos y la higiene local y por último, factores agravantes como la infección que ocasiona mayor extensión del daño tisular y determina el pronóstico de la extremidad.⁴² La neuropatía está presente en más del 90% de las úlceras y juega el rol primordial en el desarrollo y progresión del pie diabético. La forma más común de neuropatía es la polineuropatía metabólica, una condición caracterizada por disfunción sensitivo-motora y autonómica de localización distal, simétrica, crónica y de inicio insidioso. La neuropatía sensitiva se comporta como el desencadenante de las lesiones debido a la pérdida de sensibilidad a estímulos químicos, térmicos o mecánicos; la neuropatía motora produce debilidad muscular con atrofia de los músculos interóseos y del tibial anterior, ocasionando deformidad de los dedos (dedos en garra o en martillo), hiperqueratosis y callosidades en la región plantar con mayor frecuencia en los puntos de apoyo (cabeza de metatarsianos). Por último, la neuropatía autonómica condiciona una piel fina, seca, atrófica, con fisuras, que facilita el ingreso de gérmenes y con ello el desarrollo de la infección. La macroangiopatía diabética en conjunto con la polineuropatía diabética, hace que la evolución de las lesiones sea más tórpida y de difícil manejo. Aparece de forma precoz, con distribución multisegmentaria, bilateral y distal. Existe controversia sobre la importancia de la microangiopatía en la fisiopatología del pie diabético, sin embargo, esta produce alteración en la regulación del flujo sanguíneo, aumento del flujo microvascular y de la presión capilar, disfunción endotelial, esclerosis microvascular, hialinosis arteriolar, alteración en las respuestas vasculares, disminución de la tensión transcutánea de oxígeno y, por lo tanto, isquemia, con aparición de úlceras y defectos en la cicatrización y curación de la misma(3). La osteoartropatía neuropática (Pie de Charcot) es una condición progresiva caracterizada por luxación articular, fracturas patológicas y destrucción severa de la arquitectura del pie. Esta condición resulta en una deformidad debilitante y más aún en amputación. El diagnóstico inicial es a menudo clínico, se basa en la presencia de edema unilateral profundo, aumento de la temperatura, eritema,

⁴² Antonucci R, Braver D, Giraudo S, Santillán C, Sosa A, Waitman J, et al. Recomendaciones sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Sociedad Argentina de Diabetes 2009.

efusión articular y resorción ósea en un pie con pérdida de la sensibilidad y piel intacta.

DIAGNÓSTICO

La exploración del pie del paciente diabético debe ir dirigida a detectar aquellos signos y síntomas que a largo plazo puedan favorecer a la aparición de lesiones o úlceras y con ello aumentar las probabilidades de amputación. La evaluación debe estar centrada en los siguientes aspectos⁴³

- Historia clínica general: Debe incluir datos referentes a la duración de la enfermedad, control glucémico, evaluación cardiovascular, renal y oftalmológica, estado nutricional, hábitos psico-biológicos, tratamiento farmacológico actual, cirugías y hospitalizaciones previas.
- Historia clínica del pie: Tipo de calzado utilizado, deformidades, presencia de hiperqueratosis, infecciones previas, síntomas neuropáticos (parestias, disestesias) así como, síntomas de claudicación o dolor en la región gemelar durante la caminata o en reposo a través de la clasificación de Fontaine
- Historia clínica de las heridas: Localización, duración, evento desencadenante, recurrencia, infección, cuidado de las heridas, antecedente de cirugía o trauma previo, presencia de edema uni o bilateral, pie de Charcot previo o activo.
- Exploración física: Se recomienda una revisión sistemática y ordenada con el objetivo de identificar un pie en riesgo (Wagner 0), lo que permite realizar un abordaje diagnóstico terapéutico oportuno y eficaz. Esta revisión debe realizarse en todo paciente diabético una vez al año y en caso de la presencia de factores de riesgo debe ser cada 1 a 6 meses. Durante la exploración del pie es de importancia observar las características clínicas de las úlceras presentes que nos permita diferenciar la etiología isquémica o neuropática

⁴³ Castro G, Liceaga G, Arrijoja A, Calleja JM, Espejel A, Flores J, García T, et al. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. MedIntMex2009; 25: pp 488.

Diagnóstico diferencial entre las úlceras neuropáticas y neuroisquémicas⁴⁴

Úlcera neuropática	Úlcera neuroisquémica
Indolora	Dolorosa
Pulsos normales	Pulsos ausentes
Aspectos sacabocados	Márgenes irregulares
Localizada en la planta del pie	Habitualmente localizada en los dedos
Presencia de callosidades	Callosidades ausentes o infrecuentes
Pérdida de la sensibilidad, reflejos y sensibilidad vibratorio	Hallazgos sensoriales variables
Flujo sanguíneo aumentado (comunicaciones arteriovenosas)	Flujo sanguíneo disminuido
Venas dilatadas	Venas colapsadas
Pie seco, caliente	Pie frío
Aspecto rojizo	Aspecto pálido, cianótico
Deformidades óseas	No deformidades óseas

TRATAMIENTO

El Tratamiento local, según el grado de ulceración (escala de Wagner), es.⁴⁵

Grado 0: El pie está en riesgo, no existe lesión, la actitud terapéutica es de índole preventiva.

Grado 1. El procedimiento terapéutico va direccionado a disminuir la presión sobre el área con úlcera. Generalmente no se presenta una infección.

Grado 2. La infección está presente, por lo que es necesario obtener muestras para cultivo. Debe realizarse una desbridación, curación tópica y utilizar antibióticos y coadyuvantes. Dentro de los coadyuvantes más efectivos, novedosos y de fácil aplicación son los productos a base de Iones de Plata.

Grado 3. Se caracteriza por la existencia de una infección profunda, con formación de abscesos, a menudo de osteítis. La intervención quirúrgica posiblemente es necesaria.

Grado 4. Los pacientes afectados requieren hospitalización urgente y valoración del componente isquémico, que en esta fase suele estar sumamente afectado. En términos generales, se procede a cirugía revascularizadora, para evitar

⁴⁴ Ibídem Rincón Yorgi, Gil Víctor, Pacheco Julio, Benítez Isabel, Sánchez Miguel p. 179

⁴⁵ Beltrán C, Fernández A, Giglio S, Biagini L, Morales R, Pérez J, Aburto I. Tratamiento de la infección en el pie diabético. Rev. Chil Infectol 2001;(18): P 220.

la amputación, o conseguir que ésta pueda realizarse a un nivel distal de la extremidad.

Grado 5. Se requiere amputación.

EDUCACIÓN

No hay duda de que la enseñanza del cuidado de los pies disminuye en forma significativa la frecuencia y la gravedad de las complicaciones. Además de la información verbal que se trasmite en cada una de las consultas médicas y en cursos para diabéticos, se recomienda proporcionar información escrita al paciente para reforzar el conocimiento que adquiere. La instrucción del paciente debe incluir los siguientes aspectos:⁴⁶

1. Higiene de los pies

- Inspección diaria de los pies en busca de lesiones cutáneas
- Lavado diario de los pies con secado escrupuloso, sobre todo entre los dedos
- Uso de una crema humectante, excepto cuando existe sudoración excesiva
- Uso de calcetines de algodón o lana
- Evitar el empleo de antisépticos, astringentes u otras sustancias químicas no prescritas
- Evitar baños de pies
- Evitar cortar demasiado las uñas de los pies, si estas están engrosadas , deben limarse en lugar de cortarse
- No caminar descalzo
- Evitar el contacto con el calor excesivo

2. Uso del calzado adecuado

- Seleccionar zapatos cómodos, evitar el uso de tacones altos.
- Cambiar los zapatos diario, de preferencia dos veces al día
- Usar plantillas de descarga, en caso necesario

⁴⁶ Lerman I. Atención Integral al paciente diabético. México: Mc Graw Hill Interamericana , 2003 .p 261

- Inspeccionar y palpar el interior de los zapatos antes de usarlos con el fin de detectar irregularidades o cuerpos extraños

3. Suspender el consumo de tabaco

4. Problemas que deben comunicarse al medico

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

Dieta semanal

El Plato del Bien Comer representa los siguientes tres grupos de alimentos:

- Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.
- Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.
- Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.

El plato del buen comer demuestra que ningún alimento es más importante o mejor que otros, todos son importantes porque cada uno de ellos cumple con su función específica. Por eso los alimentos por sí mismos no tienen por qué ser completos, suficientes o equilibrados; estas cualidades se dan cuando se varían y combinan, entre sí. Es decir, no existen alimentos buenos o malos, lo que existe es una dieta correcta cuando en la alimentación se incorporan alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida.



Recomendaciones para integrar una alimentación correcta:

- Incluye al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas diarias.
- Come la mayor variedad posible de alimentos.
- Combina cereales con leguminosas.
- Lava y desinfecta las verduras y frutas antes de consumirlas o cocinarlas.
- Come cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios, uno a medio día y otro a media tarde.
- Mantén en lo posible los horarios de comidas.
- Hidrátate, toma por lo menos ocho vasos de líquido al día, de preferencia agua potable.
- Realiza por lo menos treinta minutos de actividad física durante el día, por ejemplo: caminar, bailar, pasear al perro, subir y bajar escaleras, barrer, etc.
- Modera el consumo de grasas, azúcar y Sal.

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Desayuno (8:00 horas)	1 taza de leche descremada ½ taza de cereal (integral de preferencia) 1 ½ taza de papaya Sándwich de pan integral con queso panela	2 rebanadas de pan integral con un cucharada de mermelada 1 taza de leche descremada 1 plátano	2 claras de huevo ½ taza de verduras cocidas 1 taza de jugo de zanahoria	2 tazas de melón ½ taza de queso cottage 1 taza de leche descremada
Colación (11:00 horas)	1 taza de jícama rebanada Puede ponerle limón	1 taza de zanahoria cruda rallada Puede agregarle limón	1 manzana	1 taza de pepino rebanado
Comida (14:00 horas)	½ taza de Sopa de arroz Bistec de res asado Ensalada de jitomate 1 tortilla Agua natural	1 taza de consomé de pollo sin grasa 80 g de pechuga de pollo desmenuzada 2 tazas de verduras cocidas (brócoli, col, chayote) 1 vaso de Agua de limón sin azúcar o endulzada con enducolorante	1 ½ taza de pasta 80 g de pechuga de pollo a la plancha ½ taza de verduras cocidas 1 vaso de Agua de guayaba sin azúcar o endulzada con enducolorante	½ lata de atún en agua ½ pieza de aguacate 4 cdas de chicharos 1 taza de arroz integral cocido 1 vaso de Agua de melón si azúcar o endulzada con enducolorante
Colación (17:00 horas)	1 barra de amaranto	1 gelatina sin azúcar	Yogurt griego con granola	1 barra de cereal integral
Cena (20:00 horas)	1 ½ nopal asado 90 g de queso panela Té de manzanilla	1 pera 5 piezas de galletas Marías Té de hierbabuena	Sándwich de pan integral con 1 rebanada de jamón de pavo Té de canela	1 taza de leche descremada con café soluble sin azúcar 1 taza de lechuga ½ pieza de jitomate

Día	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno (8:00 horas)	2 tortillas de maíz 2 rebanadas de jamón de pavo 45 g de queso panela 1 taza de jugo de naranja	Sándwich de pan integral con 2 rebanadas de jamón de pavo 1 taza de leche descremada	1 taza de melón, sandía, papaya 1 taza de yogur griego con granola
Colación (11:00 horas)	1 taza de jícama puede agregarle limón	1 taza de pepino puede ponerle limón	1 gelatina sin azúcar
Comida (14:00 horas)	1 taza de consomé de pollo sin grasa 1 taza de verduras cocidas ½ taza de arroz integral cocido 80 g de filete de res asado 1 vaso de agua de Jamaica sin azúcar o endulzada con enducolorante	2 tazas de lechuga ½ de jitomate ½ taza de zanahorias cocidas 2 piezas de albóndigas 1 taza de spaghetti 1 vaso de agua de mango sin azúcar o endulzada con enducolorante	¾ de barra de surimi con 1 cdta de mayonesa baja en grasa 5 galletas integrales saladas ½ de sopa de fideos 1 pza de muslo de pollo 1 taza de verduras cocidas 1 vaso de agua de sandía sin azúcar o endulzada con enducolorante
Colación (17:00 horas)	1 mango	1 taza de jícama puede ponerle limón	1 barra de cereal
Cena (20:00 horas)	1 taza de yogurt griego con granola Te de manzanilla	½ rebanada de panque 1 pera Té de hierbabuena	45 g de queso panela 1 ½ nopal asado Té de canela

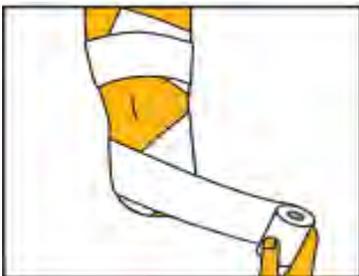
VENDAJE DEL MUÑÓN



- Llevar la venda por detrás de la parte posterior de la rodilla hasta el lado interno del muñón y a continuación llevarla hacia delante haciéndola pasar por debajo de la rodilla y hacia arriba hasta que toque el vendaje en el punto donde lo hemos empezado.



- Hacer pasar la venda hacia atrás. Se hace bajar la venda diagonalmente hacia debajo de la parte posterior del muñón y se le da una vuelta en el extremo final del muñón.



- Se realiza otra vuelta de la venda por encima de la rodilla y se finaliza el vendaje dando varias vueltas al extremo del muñón

IMPORTANTE:

- La parte más tensada del vendaje siempre será la situada al final del muñón.
- El vendaje ha de recubrir completamente el muñón.
- La rodilla quedará libre, es decir, sin vendar



ENEO-UNAM
Elaborado por:
David Peña Barrios

EL VENDAJE

Inmediatamente después de la intervención quirúrgica, se realiza un vendaje compresivo que ha de satisfacer tres objetivos:

- Reducir el edema, hasta eliminarlo si hace falta, y prevenir su crecimiento.
- Estimular el metabolismo del muñón.
- Modelar el muñón para facilitar su adaptación a la futura prótesis.

Se recomienda realizar el vendaje con vendas elásticas convencionales de algodón, pero si no es posible realizarlo en condiciones óptimas, se pueden utilizar fundas elásticas para el muñón. Siempre será una mejor solución que un mal vendaje.

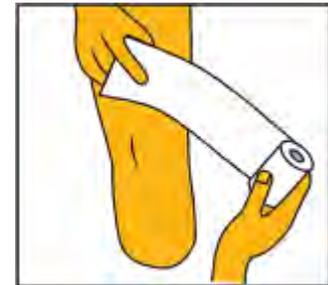
RECOMENDACIONES

- El muñón ha de estar continuamente vendado.
- El vendaje se ha de cambiar cada 4 o 6 horas.
- En ningún caso el vendaje ha de permanecer más de doce horas en el mismo sitio.
- En caso de palpitaciones, se debe retirar el vendaje y colocar uno de nuevo.
- Como mínimo, el vendaje se retirará tres veces al día y se realizará un masaje al muñón durante 15 minutos. Una vez acabado, se volverá a vendar inmediatamente.
- Se recomienda continuar vendando el muñón hasta al cabo de un año de llevar la prótesis definitiva, durante la noche o en los momentos en los que no se lleve colocada la prótesis.

¿CÓMO VENDAR?

Método de vendaje en forma de ocho:

- Con la rodilla extendida, colocar la venda en la cara anterior del muslo, justo por encima de la rodilla.



- Desenvolver la venda haciéndola pasar por detrás del lado externo del muñón, rompiendo ligeramente la venda





No flexionar la pierna cuando este acostado en la cama



No sentarse con las piernas cruzadas



No hacer abducción del muñón (no lo acerque al plano medio del cuerpo)



Rehabilitación del muñón



UNAM-ENEO

Folleto elaborado por:
David Peña Barrios

El periodo postoperatorio inmediato puede ser de dos semanas o más, dependiendo de la cicatrización del muñón. El muñón es la parte del miembro amputado comprendida entre la cicatriz y la articulación situada por encima.

El muñón necesita unos días para cicatrizar. Por un lado, el volumen del muñón se irá reduciendo rápidamente. Normalmente, tardará hasta tres meses en estabilizarse. Por esto, cuando la herida ha cicatrizado y ya se pueden retirar los puntos, la readaptación del amputado empieza (en la mayoría de los casos) con una prótesis provisional, que se puede ir modificando según los cambios del muñón.

POSTURAS INADECUADAS

Estas posturas se deben evitar porque pueden causar retracciones musculares al muñón por contracturas y daños graves a las articulaciones.

No acostarse con el muñón doblado o colgando sobre el borde de la cama.



No sentarse con el muñón flexionado.



No colocar cojín o almohada debajo de la rodilla.



Ni entre las piernas.



Ni debajo de la región lumbar.



O caderas.



extensión de la rodilla.



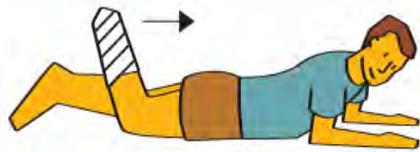
Después de unos días de práctica, podéis realizar los mismos ejercicios con resistencia, es decir, con la ayuda de un compañero que ponga resistencia en la dirección contraria a la dirección del movimiento.

2. Flexores de rodilla

De lado, flexionar el muslo y la rodilla.

De pie, flexionar el muslo y la rodilla.

Boca abajo, hacer lentamente una flexo-extensión de la rodilla.



De lado, extender primero el muslo y luego flexionar la rodilla.

Hacer lo mismo pero de pie, primero extender el muslo y luego flexionar la rodilla.

Ejercicios de propiocepción

Los siguientes ejercicios aceleran la respuesta del mecanismo neuromuscular, por estimulación de los propioceptores. La amputación provoca una deficiencia neuromuscular que impide al paciente estar en condiciones de solucionar las exigencias diarias de movimiento. Estos son unos ejercicios que implican exigencias musculares diversas y que ayudan a mejorar movimientos de apariencia muy natural:

- Flexión y abducción con rotación interna.
- Extensión y aducción con rotación externa.
- Flexión y aducción con rotación externa.
- Extensión y abducción con rotación interna.
- Apoyar el muñón en una superficie blanda, como un cojín o una almohada. Un compañero ha de intentar desequilibraros con pequeños empujones en el muñón, en distintas direcciones. También podrá utilizar una pelota, siempre que no haya peligro de caer

FISIOTERAPIA DEL MUÑÓN

Masaje del muñón

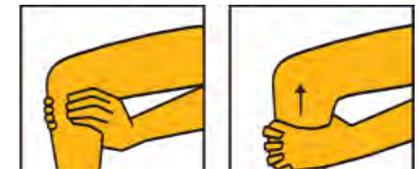
Es muy sencillo hacerse masajes en el muñón uno mismo, y resulta muy beneficioso para estimular, relajar y mejorar la circulación del muñón. Puede probar los siguientes métodos, que consisten en:

1. Percutir el muñón con las yemas de los dedos, de forma suave y continuada



2. Acariciar y friccionar reiteradamente el muñón con las manos.

3. Amasar el muñón con las manos en forma de anilla, de manera lenta y progresiva, siempre en sentido ascendente



Ejercicios del muñón

Los ejercicios para tonificar y dar elasticidad que se muestran a continuación forman parte del tratamiento postoperatorio del muñón. Su correcta realización a lo largo de las primeras semanas permite evitar las retracciones musculares, las adherencias de la cicatriz y la disminución de la movilidad articular

Un muñón bien tonificado permite un buen uso de la prótesis y, por tanto, una mejora considerable en la marcha, es decir, en la forma de caminar.

Ejercicios para recuperar la elasticidad

1. Movilidad en flexión

Sentado, con la cadera y la rodilla flexionadas, según las propias posibilidades, cruzar las manos por la cara anterior de la pierna, entre el muñón y la rodilla. Flexionar simultáneamente la rodilla y la cadera.

Boca arriba, hacer el mismo movimiento que en el ejercicio anterior.

Boca abajo y con la cadera en extensión, forzar la flexión de la rodilla con la ayuda externa de otra persona

2. Movilidad en extensión

Sentado, con el muñón colgando por el borde de la cama y con la ayuda de otra persona, forzar la extensión pasiva de la rodilla.



Cara arriba y con ayuda externa, forzar la extensión pasiva de la rodilla. Deberá apoyar el muñón sobre el hombro de la persona que hace la sujeción y la extensión se debe realizar por una tracción en la cara anterior del muslo



Boca arriba, colocar una toalla doblada debajo del muñón y hacer presión en la cara superior del muslo hasta provocar la extensión de la rodilla.

Ejercicios de tonificación

En las amputaciones infracondíleas, a menudo la articulación de la rodilla adopta una posición en flexión debido a la retracción de la musculatura posterior del muslo. La tonificación sirve para combatir esta tendencia a la flexión y para preparar la articulación para usar correctamente la prótesis.

1. Extensores de rodilla

Boca arriba alzar y bajar el muñón con la rodilla en extensión

Sentado en una silla, continuar haciendo movimientos de flexo-