



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

---

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
“DR. EDUARDO LICEAGA”**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA APLICADO A UN  
ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA ARTERIAL AGUDA  
MEDIANTE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**ANGELA GARCÍA ROCHA**

**NO. DE CUENTA 309005537**

**ASESOR ACADÉMICO**

**E. E. C. QUERUBÍN ENRÍQUEZ GONZÁLEZ**



**CIUDAD DE MEXICO, 2018**



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 ti, madre, por tu paciencia, apoyo y tu gran amor en todo momento, por tus consejos y palabras de aliento en momentos difíciles y sobre todo por esa espera en casa llena de preocupaciones mientras yo me esforzaba por llegar hasta aquí.

A ti, padre, que muy a tu manera, con tu rectitud, autoridad y sabiduría has guiado mis pasos, llenándome de valores y fortalezas forjando en mí un carácter inquebrantable. Me has enseñado lo que es trabajar duro por aquello que tanto deseamos, que siempre habrá personas que no crean en ti inclusive dentro de tu familia pero eso jamás debe hacer rendirme. Con este logro quiero devolverte un poco de todo lo que me has brindado y solo espero algún día poder llegar a ser tu orgullo.

A ustedes mis padres, que a pesar de los momentos difíciles siempre han estado apoyándome, por todo les agradezco el tenerlos a mi lado.

A ti, mi pequeña Paula, que desde el día que llegaste a mi vida no dejo de agradecer el tenerte. Sé que por mucho tiempo no estuve presente y que me perdí de momentos pero confié que con el paso del tiempo te des cuenta que trato de hacer lo mejor para ti. Este triunfo es gracias a ti, te debo tanto que no tengo como agradecer que hagas de mí una mujer de bien y a que tu corta edad comprendas muchas cosas que a veces ni yo comprendo, eres mi fortaleza, esa voz que escucho al inicio y al final de mis días que me motiva a seguir adelante. Te amo y doy gracias de tener la fortuna de ser tu quien me enseñe que por más doloroso que sea el raspón, debo levantarme.

*“Solo contempla la meta y no veas que tan difícil es alcanzarla”*

*Mahatma Gandhi*

**CONTENIDO**

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>2. JUSTIFICACION.....</b>	<b>6</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Objetivo general</b>	
<b>3.2 Objetivos específicos</b>	
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Proceso de Atención de Enfermería.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2 Modelo de Virginia Henderson.....</b>	<b>12</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
<b>6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....</b>	<b>19</b>
<b>6.1 VALORACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>6.1.1 Descripción del caso clínico.....</b>	<b>19</b>
<b>6.1.2 Síntesis valorativa de las 14 necesidades.....</b>	<b>20</b>
<b>6.2 DIAGNOSTICO.....</b>	<b>25</b>
<b>6.3 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION.....</b>	<b>29</b>
<b>7. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>50</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>.55</b>

<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>57</b>
<b>10.1 Insuficiencia arterial aguda.....</b>	<b>57</b>
<b>10.2 Ejercicios de Kegel.....</b>	<b>61</b>
<b>10.3 Instrumento de valoración .....</b>	<b>63</b>
<b>11. GLOSARIO.....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Arterial Periférica se define como el trastorno clínico en el que existe estenosis, oclusión u obstrucción del flujo sanguíneo en el árbol arterial de las extremidades y puede estar causada por diversas enfermedades en las que existe un denominador común de la naturaleza degenerativa, que conduce a un progresivo deterioro del sistema vascular, a la aparición de daño tisular por isquemia, y en la última instancia, a una necrosis irreversible de los tejidos y es la patología arterial más prevalente en el ámbito hospitalario.<sup>1</sup>

La arteropatía periférica tiene una prevalencia oscilando entre el 3 y el 10%, llegando hasta un 13% en la población de más de 50 años y a un 15-20% en mayores de 70 años. La mortalidad se calcula en un 30% a los 5 años del diagnóstico y en un 70% a los 15 años.<sup>2</sup>

Abordar esta enfermedad en los tres niveles de atención es primordial ya que la arteropatía periférica constituye un auténtico problema de salud especialmente en la población anciana, y supone un importante gasto económico-sanitario. Además, debido a que los pacientes asintomáticos pueden llegar a suponer un 5% de las personas que la padecen, la prevención primaria y secundaria adoptan un papel fundamental, en el que la enfermera es uno de los principales pilares para su abordaje.

La Enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que como ya sabemos se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

La actuación de enfermería en la atención de los pacientes abarca muchos campos desde los asistenciales, durante los periodos de hospitalización, o durante la realización de técnicas diagnósticas, es por eso que la tarea que desempeña enfermería es tan importante pero sobre todo, la constante habilidad y crecimiento esencial que la caracteriza, permitiendo el mejorar la calidad de atención al paciente por medio del desarrollo de una terapéutica entre el personal de

---

<sup>1</sup> Alós Villacrosa J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar. Barcelona: Glosa, S. L; 2008.

<sup>2</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo- Instituto de Salud "Carlos III" Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Prótesis endovasculares (stents) en el tratamiento de la arteriopatía periférica de los miembros inferiores, 2005.

enfermería, paciente, familia y comunidad, es el estado de salud-enfermedad de manera integral y objetiva, el cual permite promover, el bienestar y contribuir a mejorar la calidad de vida y a la satisfacción de todas las necesidades.<sup>3</sup>

Es necesario que ordenemos y estructuramos las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos. Esta ordenación y estructuración de nuestras actividades sólo es posible llevarla a cabo mediante la aplicación Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

El P.A.E. constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que comporta una determinada manera de proceder que nos es propia.

Por ello, en este trabajo realizado a un adulto mayor con Insuficiencia Arterial Aguda se pretende plasmar la función enfermera ante la enfermedad mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), así como de la descripción de la epidemiología, etiología, síntomas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Comprender el proceso de la enfermedad y la utilización del PAE como herramienta para establecer un plan de cuidados óptimo y de calidad, permite desarrollar los diagnósticos más comunes de este tipo de pacientes para llevar a cabo una función enfermera específica de la enfermedad, y a su vez, permite detectar todos aquellos diagnósticos de enfermería individuales, obteniendo así un cuidado personal, individualizado, profesional y de calidad adaptado a las necesidades de cada paciente y fundamentado en una base científica.

## 2. JUSTIFICACION

Actualmente la enfermería enfrenta necesidades de ampliar y consolidar sus conocimientos por medio de una extensa e interesante variedad de modelos conceptuales y teorías de Enfermería, estos se materializan mediante la práctica de un Proceso de Atención de Enfermería utilizando el modelo para guiar y respaldar los conocimientos del profesional.

---

<sup>3</sup> Amaro M. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. Revista Cubana de Enfermería. Habana. 2004. Consultado el 20 de marzo del 2018. Disponible en: <http://scielo.sdl.cu/scielo.php?pid?S0864031919990001000002&scriptsciarttext>

Para la aplicación de este proceso se utiliza como marco de referencia el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson que nos permitirá identificar los diagnósticos de enfermería y establecer un plan de cuidados que dé como resultado una atención personal, científica e integra al adulto mayor con Insuficiencia Arterial Aguda, de todas y cada una de sus necesidades que serán descritas con la finalidad de jerarquizar aquellas necesidades que comprometan la salud del paciente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

- Mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson en un Adulto Mayor con Insuficiencia arterial, proporcionar cuidados de calidad; con conocimiento científico y humanístico, que aumenten su calidad de vida, confort y bienestar.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- A través de la valoración se reconocer las principales necesidades alteradas, para emitir juicios clínicos y poder implementar actividades que ayuden a mejorar la calidad de vida y la prevención de futuras complicaciones en el Adulto Mayor con Insuficiencia arterial.
- Incorporar al Adulto Mayor a los cambios que conlleva la Insuficiencia Arterial Aguda a través de acciones y estrategias de educación para la salud para abordar el problema y sus complicaciones.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

La Enfermería es una profesión aprendida y se considera tanto una ciencia como un arte. Su objetivo es fomentar la salud, el cuidado y el bienestar humano de una manera holística, por lo que una de sus preocupaciones es investigar el individuo y el entorno con el que se trabajara para así estar en constante actualización sobre las problemáticas de salud.<sup>4</sup>

El PAE es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.<sup>5</sup>

Está compuesto de cinco etapas:

- **Valoración.** Esta primera fase permite a la enfermera a recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería.<sup>6</sup>

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

Recogida de los datos	<b>Directamente del paciente.</b> Observación, exploración y entrevista. <b>Indirectamente.</b> Informes de familiares, otros miembros del equipo
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>4</sup> Griffith, Janet W. Proceso de Atención de Enfermería Aplicación de Teorías, Guías y Modelos, 1ra Edición, México, Manual Moderno, Pp22

<sup>5</sup> Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero, fomentar la colaboración 5ta Edición. Masson p. 4.

<sup>6</sup> Bellido José Carlos. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. 1ra Edición, España, Pp 27.

	de salud, historial médico.
Validación de los datos	Los datos deben de ser veraces, suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.
Organización de los datos	<p><b>Manifestaciones de independencia</b> Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma.</p> <p><b>Manifestaciones de dependencia</b> Insatisfacción de las necesidades evaluadas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona.</p>

- **Diagnóstico.** Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.<sup>7</sup>

Los Diagnósticos Enfermeros DE detectados pueden ser reales, potenciales/riesgo y de promoción de la salud.

- *DE real.* Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de

<sup>7</sup> Herdam, T. H. NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros. 2014 Barcelona. Elsevier. Pp 134

características definitorias (manifestaciones de dependencia) en el momento de la valoración.

- *DE potencial/riesgo.* Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo presentes.
- *DE bienestar.* Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente
  - 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 expresados por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

Los DE se enuncian utilizando la taxonomía **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)** que proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados y en el diagnóstico de bienestar la etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.

- **Planeación.** Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones dependientes, independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como a la ejecución de las órdenes médicas, las segundas como aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las terceras son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

Consta de cuatro partes:

**1.-Determinar las prioridades.**

**2.- Objetivos.** Deben expresarse de forma clara, orientando y guiando la actuación enfermera.

**3.- Determinar las intervenciones.**

En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse este.
- En los Diagnósticos de bienestar se dirigirán a actuar sobre la mejoría del problema.

**4.- Anotar o individualizar el plan de cuidados.** Se determinara si se escribirá un propio plan o se adaptara un plan estandarizado para responder a la situación específica del usuario.<sup>8</sup>

- **Ejecución.** Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados específicos y consta de tres fases:

---

<sup>8</sup> Bellido José Carlos. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. 1ra Edición, España

preparación, donde se comienza las intervenciones de enfermería a través de una serie de actividades como son la revisión de dichas intervenciones que sean compatibles con el plan de cuidados establecido, la habilidad exigida para la ejecución y valorar los recursos necesarios como el tiempo, el material y la preparación del entorno de comodidad y seguridad; ejecución, y documentación.<sup>9</sup>

- **Evaluación.** Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.<sup>10</sup>

#### 4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería, ella no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

- **Postulados.** Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Principales conceptos:

- ✓ **Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

---

<sup>9</sup> González Jesús, Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral, estudio de casos. Prevención, Salamanca España

<sup>10</sup> ítem

- ✓ **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.
- ✓ **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ✓ **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- ✓ **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- ✓ **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.<sup>11</sup>

### **Fuerza**

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

La dependencia proviene que el individuo carece de fuerza, no solo física, si no también moral.

---

<sup>11</sup> García González Ma. De Jesús. Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson 2da Edición. Editorial Progreso 2004. México D. F.

<b>Conocimientos</b>	Cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, sobre recursos propios y ajenos disponibles.
<b>Voluntad</b>	Se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o factores socioculturales, también se ve relacionado con la motivación que pueda o no recibir.

**Valores.** Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.<sup>12</sup>

- **14 necesidades de Virginia Henderson**

- 1. Necesidad de oxigenación**

El intercambio gaseoso del cuerpo es esencial para la salud paciente y para la vida misma.

La enfermera debe familiarizarse con la función respiratoria de la persona y saber identificar los posibles inconvenientes de este proceso.

Esto incluye ayudar con las posturas correctas del cuerpo, estar atento a ruidos extraños durante la respiración y estar pendiente de las secreciones nasales y mucosidades, vigilar la frecuencia y el ritmo respiratorio, valorar que las vías no estén obstruidas.

---

<sup>12</sup> Potter Patricia A. Fundamentos de enfermería 2002 Pp. 482

## **2. Necesidad de nutrición e hidratación**

Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia. La enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales del paciente y del tratamiento que lleve. Se debe tomar en cuenta el apetito y el ánimo, los horarios y las cantidades y las capacidades de masticar y deglutir.

## **3. Necesidad de eliminación**

Parte del correcto funcionamiento del organismo es la normal eliminación de las heces, orina, sudor. Se debe conocer el nivel de control y efectividad del paciente con respecto a sus funciones excretoras.

## **4. Necesidad de movilidad y postura**

Se debe valorar la independencia del paciente en la medida en que pueda moverse por sí solo para realizar sus actividades. La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona tomando en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad particular, el tratamiento, la terapia o las deformidades del cuerpo.

## **5. Necesidad de descanso y sueño**

El descanso es esencial para la pronta recuperación de la persona. Todo organismo recobra fuerzas físicas y mentales mientras duerme, el descanso debe ser tranquilo e ininterrumpido y sobre todo en las noches. Se debe conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño.



## **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

Poder seleccionar y usar la ropa que se desea también influye en el sentido de independencia de un paciente. Se debe conocer que tipo de ropa utiliza la persona así como también la capacidad que tenga para vestirse y desvestirse por sí sola.

## **7. Necesidad de termorregulación**

La termorregulación del organismo siempre va acompañada de los cambios de ropa, el espacio donde se encuentra la persona, beber agua, entre otros. La enfermera debe estar consciente de los factores que influyen en que el paciente tenga frío o calor.

## **8. Necesidad de higiene y protección de la piel**

Se valorara la capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

## **9. Necesidad de evitar los peligros**

Se debe evaluar el entorno para identificar los factores de riesgo que puedan comprometer la seguridad de la persona y también es importante conocer que tan viable es que la persona pueda dejarse sola y por cuanto tiempo, tomando en cuenta su edad y sus limitaciones.

## **10. Necesidad de comunicarse**

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las

emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad- interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja.

### **11. Necesidad de creencias y sus valores**

La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a situaciones difíciles. Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente ya que con base a estos toma sus decisiones y ejerce acciones.

### **12. Necesidad de trabajo y realización**

Tener conocimiento de que si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental. Es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas con su propio esfuerzo y así lograr independencia.

### **13. Necesidad de recreación**

La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente. Se debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que le ayuden a evitar situaciones de angustia o temor.

#### 14. Necesidad de aprendizaje

El aprendizaje se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos. Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.

#### METAPARADIGMA

- ✓ **Cuidado.** Conjunto de intervenciones terapéuticas reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y, dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona para que alcance su independencia o supliendo su autonomía.
- ✓ **Salud.** Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- ✓ **Persona.** Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.
- ✓ **Enfermería.** La función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude aganar independencia a la mayor brevedad posible.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Riopelle L. Cuidados de enfermería "Un proceso centrado en las necesidades de las personas" 1993 Pp 174"

## 5. METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en el servicio de Cirugía Vasculuar y Angiología en la sala de mujeres del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el periodo comprendido del 21 de Marzo al 28 de Marzo del 2017, de Lunes a Viernes con un horario de 8:00 a las 14:00 horas.

Se eligió a una persona Adulta Mayor de 86 años de edad con diagnóstico médico de ***Insuficiencia Arterial Aguda Rutherford IIA en Miembro Pélvico Derecho***. Se realizó la valoración para la cual se utilizó un instrumento basado en el modelo de Virginia Henderson abordando las 14 necesidades, por medio de este instrumento se obtuvo información de la persona, de sus familiares, se revisó el expediente clínico y se llevó a cabo la exploración física. Los datos obtenidos fueron validados y posteriormente organizados en manifestaciones de independencia y manifestaciones de dependencia.

Los diagnósticos fueron estructurados de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2015-2017. En la etapa de planeación se priorizaron los diagnósticos y se establecieron objetivos para las actividades a realizar, se llevó a cabo el plan y se evaluaron el resultados obtenidos de que tanto se alcanzaron los objetivos planteados con las actividades planeadas.

## 6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 6.1 VALORACIÓN.

Los datos se recopilaron a través del “Instrumento de valoración de las necesidades en el adulto” validado por la Academia de Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano.

#### 6.1.1 Descripción del caso clínico.

##### Datos generales.

**Edad.** 86 años **Estado civil.** Viuda **Escolaridad.** Primaria. **Hijos.** 4, cuatro hombres 4 mujeres **Religión.** Católica. **Vivienda.** Casa propia, cuenta con todos los servicios. **Dx.Médico.** *Insuficiencia Arterial Aguda Rutherford IIA Miembro Pélvico Derecho.*

La Sra. Aurora L. R. de 86 años de edad se encuentra hospitalizada en el servicio de Cirugía Vascular y Angiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” después de haber asistido a consulta del mismo servicio, por presentar edema en miembro pélvico derecho por debajo de la rodilla, así como cianosis en los dedos, flictenas en dorso del pie, pérdida cutánea en dorso hasta tercio proximal del pie, disminución de la temperatura en tercio distal de la pierna, pulso femoral, poplíteo y distal ausente, arcos de movilidad y sensibilidad disminuidos; por lo cual requiere estudio angiotomográfico de urgencia, después de 4 días de no observar mejoría se prosigue a intervención quirúrgica realizando amputación supracondilea en MPD.

#### **6.1.2 Síntesis valorativa de las 14 necesidades.**

- **Necesidad de oxigenación**

##### **Manifestaciones de independencia**

Presión arterial sistémica de 120/70mmHg; frecuencia respiratoria de 16 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, frecuencia cardiaca de 76 por minuto. Miembro pélvico izquierdo con buena coloración de tegumentos, pulsos periféricos normales.

##### **Manifestaciones de dependencia**

Edema en miembro pélvico derecho, por debajo de la rodilla así como cianosis en los dedos, disminución de temperatura tercio distal de la pierna, pulso femoral, poplíteo y distal ausentes. Tabaquismo de 40 años.

- **Necesidad de nutrición e hidratación**

##### **Manifestaciones de independencia**

Se alimenta 4 veces al día (desayuno, almuerzo, comida y cena) y entre comidas a veces consume pequeños refrigerios como fruta o botanas. Consume café con leche diariamente, 3 veces por semana consume verduras, come pollo una vez

por semana, 4 veces por semana come pastas, el consumo de carnes rojas es 3 veces por semana, 2 a 3 veces por semana, consume alrededor de 2lt de agua diarios ya sea de fruta natural o simple.

**Manifestaciones de dependencia**

Peso. 85kg Talla. 1.65cm IMC: 31.22. Se observan mucosas orales secas.

Carece de dentadura completa, utiliza prótesis dental móvil funcional, sin embargo no cuenta con ella durante su hospitalización lo que hace que presente problemas a la masticación.

○ **Necesidad de eliminación**

**Manifestaciones de independencia**

Abdomen blando y depresible, se auscultan ruidos intestinales normales.

**Manifestaciones de dependencia**

Refiere pérdida involuntaria de orina poco después de tener la sensación de orinar. Tiene instalada sonda vesical tipo Foley a partir del 2do día de su ingreso al hospital,

Refiere llevar varios días sin poder evacuar por lo cual toma medicamentos (senosidos).

○ **Necesidad de movilidad y postura**

**Manifestaciones de independencia**

Refiere que previo a su hospitalización caminaba de forma regular sin algún apoyo.

**Manifestaciones de dependencia**

Se observa limitación para moverse de la cama a la silla y mantenerse en una sola postura por mucho tiempo. Tiene dificultad para poder cambiar de posición ya que refiere dolor severo (EVA de 9), se observan facies de dolor.

- **Necesidad de descanso y sueño**

- Manifestaciones de independencia**

Se encuentra alerta y orientada en persona, lugar y tiempo.

Su horario de descanso es por las noches, duerme aproximadamente de 8 a 9 horas cuando se encuentra en casa, refiere no tener problemas para conciliar el sueño, se despierta fácilmente con cualquier ruido que perciba.

- Manifestaciones de dependencia**

En la estancia hospitalaria duerme solo por ratos debido al dolor severo y a la incomodidad de estar por mucho tiempo en una sola posición. Así mismo dice que sus preocupaciones influyen en el número de horas para dormir.

- **Necesidad de vestirse y desvestirse**

- Manifestaciones de independencia**

La ropa que regularmente utiliza es ligera para su mayor comodidad.

- Manifestaciones de dependencia**

Se observa limitación para vestirse o desvestirse de la cintura hacia abajo.

- **Necesidad de termorregulación**

- Manifestaciones de independencia**

Se presenta eutermica durante su estancia hospitalaria con un rango entre 36°C y 37°C. Se adapta bien a los cambios de temperatura del medio ambiente, pero de mayor agrado el clima frio.

- Manifestaciones de dependencia**

Refiere no saber leer el termómetro para conocer su temperatura corporal.

- **Necesidad de higiene y protección de la piel**

- Manifestaciones de independencia**

Refiere que previo a su hospitalización realizaba baño diariamente, así como el cambio de ropa completo, regularmente por las noches, practica el lavado de

manos de forma recurrente, realiza higiene bucal 3 veces al día utilizando enjuague bucal, tiene prótesis dentaria superior e inferior móvil funcional, a la cual refiere realizar limpieza dos veces al día.

Se lava las manos antes de comer; en este caso en la estancia hospitalaria pide le regalen gel antibacterial.

#### **Manifestaciones de dependencia**

Desde su ingreso hospitalario refiere dificultad para asearse por sí misma, no cuenta con artículos personales para su higiene. Su piel esta pálida y seca. Presenta herida quirúrgica supracondilea.

- **Necesidad de evitar los peligros**

#### **Manifestaciones de independencia**

Niega alergias. . Cuenta con su esquema de vacunación completo.

#### **Manifestaciones de dependencia**

La Sra. Aurora tiene instalado acceso vascular periférico no. 18 en miembro torácico izquierdo y sonda vesical a permanencia tipo Foley no. 16. En ambos medios invasivos no se identifican datos de infección.

Menciona haber fumado tabaco durante 40 años

- **Necesidad de comunicarse**

#### **Manifestaciones de independencia**

Su núcleo familiar está integrado por 8 hijos en total, 4 hombres y 4 mujeres. Cuando se presenta una situación de urgencia responde ante tal situación de manera positiva.

En su estructura familiar no existe el rol de cuidador, cuando se requiere ayuda se le llama a los hijos que viven cerca o a los nietos más cercanos. Presenta lenguaje entendible y comprensible, orientada, con buena audición, conducto auditivo y pabellón auricular normal y limpio



**Manifestaciones de dependencia**

Refiere que debido a su hospitalización se siente con temor de que en el proceso de la enfermedad se vea afectada la relación con su familia.

○ **Necesidad de creencias y sus valores**

**Manifestaciones de independencia**

Religión católica, en casa asiste a la iglesia todos los domingos, cree que la religión es esencial para su vida cotidiana, cuando ha presentado problemas de salud cree necesario el realizar alguna petición o rezar. Sus valores personales son Dios, honestidad y amor.

**Manifestaciones de dependencia**

En la estancia hospitalaria se observa que la Sra. Aurora no tiene consigo ninguna imagen u objeto religioso y tampoco realiza oraciones a pesar de que la mayor parte del tiempo la paciente muestra preocupación ya que refiere que es muy grande su temor de que su vida no pueda ser como antes.

○ **Necesidad de trabajo y realización**

**Manifestaciones de independencia**

Desempeña el rol de madre y abuela, realiza sus actividades por si misma. Refiere sentirse feliz conviviendo con su familia.

Dice no realizar ningún trabajo que le sea remunerado ya que debido a que es viuda cuenta pensión y sus hijos en especial uno se hace cargo económicamente de ella.

**Manifestaciones de dependencia**

Menciona sentirse preocupada por que no sabe que pueda pasar con su enfermedad ya que no quiere depender físicamente de su familia pues no está acostumbrada a que hagan cosas por ella y durante su estancia hospitalaria todo el tiempo depende de que alguien más este con ella.

- **Necesidad de recreación**

  - Manifestaciones de independencia**

Para distraerse en casa ve televisión, escucha la radio, lee libros y revistas o realiza bordados en servilletas. Todos los fines de semana la visita su familia y algunas veces también va con ellos de paseo entre semana.

  - Manifestaciones de dependencia**

Manifiesta ansiedad y aburrimiento por la estancia hospitalaria.

- **Necesidad de aprendizaje**

  - Manifestaciones de independencia**

Tiene la disposición de aprender sobre su enfermedad y sobre qué manera puede prevenir complicaciones y como realizar sus cuidados por sí misma.

  - Manifestaciones de dependencia**

Manifiesta sentir incertidumbre por los cambios que hará en sus actividades cotidianas.

## **6.2 DIAGNÓSTICO**

### **Deterioro de la movilidad física.**

**Dominio 4:** Actividad/reposo

**Clase 2:** Actividad/ejercicio

**Definición:** estado en que la persona experimenta una limitación de la movilidad para el movimiento físico independiente.

**Diagnóstico:** **Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p limitación de la amplitud de movimientos e inestabilidad postural.**

**Perfusión tisular periférica ineficaz**

**Dominio 4:** actividad/reposo.

**Clase 4:** respuestas cardiovasculares/pulmonares.

**Definición:** disminución de la circulación sanguínea periférica que compromete la salud.

**Diagnóstico:** **perfusión tisular periférica ineficaz r/c tabaquismo m/p ausencia de pulsos periféricos, edema y dolor en miembro pélvico derecho.**

**Dolor agudo**

**Dominio 12:** confort.

**Clase 1:** confort físico.

**Definición:** experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado previsible.

**Diagnóstico:** **Dolor agudo r/c isquemia en miembro pélvico derecho m/p informe verbal de dolor severo (Eva de 9) y se observa evidencia de dolor.**

**Déficit de autocuidado: baño.**

**Dominio 4:** actividad/reposo

**Clase 5:** autocuidado.

**Definición.** Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.

**Diagnóstico:** **Déficit de autocuidado: baño r/c dolor m/p incapacidad para trasladarse de un lugar a otro, incapacidad para lavarse el cuerpo.**

**Incontinencia urinaria de urgencia.**

**Dominio 3:** eliminación e intercambio

**Clase 1:** función urinaria.

**Definición:** emisión involuntaria de orina que ocurre poco después de tener una intensa sensación de urgencia de orinar.

**Diagnóstico: incontinencia urinaria de urgencia r/c hiperactividad del musculo detrusor m/p perdida involuntaria de orina poco después de tener la sensación de orinar.**

#### **Patrón del sueño alterado**

**Dominio 4:** actividad/reposo

**Clase 1:** sueño/reposo

**Definición.** Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

**Diagnóstico: Patrón del sueño alterado r/c dolor m/p dormir solo por ratos e insatisfacción con el sueño.**

#### **Baja autoestima situacional**

**Dominio 6:** Autopercepción

**Clase 2:** Autoestima

**Definición:** desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

**Diagnóstico: Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p subestima capacidad de afrontar los acontecimientos.**

#### **Impotencia**

**Dominio 6:** Autopercepción

**Clase 1:** autoconcepto

**Definición:** percepción de que las propias acciones no variaran significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

**Diagnóstico: Impotencia r/c tratamiento relacionado con su enfermedad m/p irritabilidad, depresión a causa del deterioro físico.**

## **Obesidad**

**Dominio 2:** Nutrición.

**Clase 1:** Ingestión.

**Definición:** Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo que excede el sobrepeso.

**Diagnóstico: Obesidad r/c trastornos del sueño m/p IMC de 31. 22**

## **Estreñimiento.**

**Dominio 3:** Eliminación e Intercambio

**Clase 2:** Función gastrointestinal

**Definición:** Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

**Diagnóstico: Estreñimiento r/c obesidad m/p disminución de la frecuencia de defecar.**

## **Riesgo de caídas**

**Dominio 11:** seguridad/protección.

**Clase 2:** lesión física.

**Definición:** vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

**Diagnóstico: riesgo de caídas r/c edad mayor a 65 años, deterioro de la movilidad.**

## **Riesgo de infección.**

**Dominio 11:** seguridad/protección.

**Clase 1:** infección

**Definición:** vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

**Diagnóstico riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y alteraciones de las defensas primarias.**

**6.3 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION.**

<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 4:</b> Actividad/reposo  <b>Clase 2:</b> Actividad/ejercicio  <b>Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p limitación de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora mejorará su movilidad.</p>
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios pasivos 2 veces al día, durante 15 min                      Movimientos de cabeza (inclinaciones)                      Movimientos de hombros (verticales, laterales, rotación)                      Dobleces de codo (verticales y laterales)                      Flexiones de rodilla                      Movimientos de pierna (laterales y rotaciones)</li> <li>• Realizar ejercicios de control muscular. Movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACIÓN.</b></p> <p>Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos.                      Los ejercicios pasivos en el rango de movimiento ayudan a mantener flexibles las articulaciones de una persona, prevenir la aparición de deformidades y evitar rigideces, mejorar la nutrición muscular y favorecer la circulación sanguínea, prevenir adherencias y contracturas de los tejidos y mantener su elasticidad, mantener la movilidad articular o restablecer la misma en las articulaciones que presentan limitación.</p> <p>La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación. La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona.                      Efectuar ejercicios activos libres, sin resistencia y sin fatigar ayudan a aumentar el</p>

	<p>tono y fuerza muscular. Los ejercicios de estiramiento son importantes porque ayudan a aliviar la tensión y los espasmos musculares.</p>
<p><b>EJECUCIÓN.</b> Se realizaron ejercicios pasivos de flexión y extensión cada 2 veces al día con el apoyo del familiar en turno y tanto a él como a la paciente se le explico la manera correcta de realizarlos y de que manera le ayudarían a mejorar su movilidad tanto la fuerza muscular. También se asistió con la movilidad fuera de cama, trasladándola en silla de ruedas.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b> Se realizaron observaciones al paciente junto con su familia para mencionarles cual sería una mejor manera de poder moverse para así evitar cualquier tipo de lesión encontrado ligera mejoría en la Sra. Aurora después de realizar sus ejercicios al incorporarse y poder mantenerse sentada por un poco más de tiempo.</p>

PLANEACION	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.NANDA</b> <b>Dominio 4:</b> actividad/reposo <b>Clase 4:</b> respuestas cardiovasculares/pulmonares <b>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c tabaquismo m/p ausencia de pulsos periféricos, edema, dolor en extremidad inferior y compromiso de la integridad cutánea (flictenas).</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b> Se identificaran datos que indiquen una mejora en la perfusión tisular de la Sra. Aurora.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b> Vigilar el estado de la piel. (color, calor, inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.</p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b> La piel cumple importantes funciones en el funcionamiento del organismo entre las más importantes podemos mencionar: la protección frente a organismos y cuerpos extraños así como frente a traumatismos</p>

<p>Valorar la circulación periférica distal (comprobar pulsos periféricos, llenado capilar y temperatura)</p> <p>Identificar la intensidad del dolor mediante la escala de EVA.</p>	<p>físicos.</p> <p>La función básica de la circulación es el suministro de oxígeno y nutrientes esenciales a los tejidos periféricos y la eliminación de desechos metabólicos de esos tejidos. El riego de cualquier órgano se basa en la presión arterial sistémica (fuerza que impulsa la sangre a través de los órganos), la resistencia que ofrecen los vasos de ese órgano y la permeabilidad de los capilares nutricionales dentro de este.</p> <p>Reconocer la presencia e intensidad del dolor en el paciente es fundamental para aliviar y/o disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente y así poder aumentar el confort y bienestar dentro y fuera del área hospitalaria.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EJECUCIÓN.**

Todos los días se le valoro a la Sra. Aurora prestando mayor énfasis a las extremidades especialmente en el MID donde ya se presentaba una problemática de circulación. Se le pidió a la Sra. Aurora orientándola previamente sobre los datos a valorar para que ella de igual forma nos refiriera algún cambio sobre coloración, temperatura, dolor, color y sensibilidad en su extremidad.

**EVALUACIÓN**

La paciente no mejora su perfusión tisular en MPD y se le realiza cirugía de amputación supracondílea.



<b>PLANEACION</b>	
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.NANDA</b></p> <p><b>Dominio 12:</b> confort.  <b>Clase 1:</b> confort físico.  <b>Diagnóstico:</b> Dolor agudo r/c isquemia en miembro pélvico derecho m/p informe verbal de dolor severo y observación de evidencia de dolor.</p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora referirá disminución de la intensidad del dolor.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la intensidad del dolor y la duración de los episodios de dolor.</li>   <li>• Disminuir o eliminar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la Sra. Aurora a las molestias como el ruido, iluminación en la habitación)</li>   <li>• Proporcionar a la Sra. Aurora un alivio del dolor mediante fármaco prescrito:  Paracetamol 1gr IV c/8hrs</li>   <p style="margin-left: 40px;">Ketorolaco 30mg IV c/8hrs</p>   <p style="margin-left: 40px;">Tramadol 100mg IV c/12hrs</p>   <li>• Proporcionar apoyo emocional a la Sra.</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b></p> <p>Reconocer la presencia e intensidad del dolor en el paciente es fundamental para aliviar y/o disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente y así poder aumentar el confort y bienestar dentro y fuera del área hospitalaria.</p> <p>Contar con los conocimientos y habilidades necesarios para valorar el dolor y sus efectos sobre el individuo ayuda a implementar estrategias que sean efectivas en y así puedan aliviar las molestias que presente el paciente.</p> <p>Paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores e. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales.</p> <p>Ketorolaco es un analgésico indicado en el tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos.</p> <p>Tramadol es un analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro.</p> <p>En dependencia del estado anímico en el</p>

<p>Aurora especialmente en los episodios donde el dolor sea mas intenso.</p>	<p>que se encuentre el paciente percibirá la sensación dolorosa con más o menos intensidad, es por ello que al proporcionar apoyo emocional de parte de su círculo social (amigos, familiares, cuidador, etc.), ayuda al paciente a poder reaccionar de una manera diferente a los estímulos dolorosos.</p>
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b>                  Realizo una valoración diaria utilizando la escala de valoración del dolor de EVA, con un resultado de 9. Se ministro analgesia en los horarios correspondientes y cuando la Sra. Aurora refería que la intensidad del dolor aumentaba se realizaba de nuevo una valoración para determinar si la analgesia estaba siendo eficaz. Se proporcionó privacidad a la Sra Aurora, recorriendo las cortinas de su cubículo sobre todo en los episodios donde el dolor era más severo apoyándola hablando sobre cuales eran sus expectativas acerca de su recuperación mostrándole empatía y respeto en sus respuestas.</p>	<p><b>EVALUACIÓN.</b>                  Se mantuvo control manteniendo el estado de analgesia de forma adecuada en la Sra. Aurora valorando en todo momento la eficacia así también como vigilando que no se produjeran efectos adversos. Se observó que en los episodios donde se presentaba mayor intensidad en el dolor y se le proporcionaba apoyo emocional y compañía, la Sra. Aurora tenía una respuesta positiva y el dolor disminuía.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>PLANEACION</b></p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.NANDA</b>  <b>Dominio 4:</b> actividad/reposo  <b>Clase 5:</b> autocuidado.  <b>Déficit de autocuidado: baño r/c dolor m/p incapacidad para trasladarse de un lugar a otro, incapacidad para lavarse el cuerpo.</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b>                  La Sra. Aurora será capaz de realizar su higiene por sí misma.</p>

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a la Sra. Aurora sobre la importancia del baño.</li>   <li>• Comprobar la capacidad de la Sra. Aurora para realizar autocuidados independientes.</li>   <li>• Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solo cuando la Sra. Aurora no pueda realizar alguna acción.</li>   <li>• Facilitar que la Sra. Aurora se bañe por sí misma. (Acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes, proporcionar los objetos personales deseados como desodorante, cepillo</li> </ul>	<p>El acto de bañarse es uno de los considerados hábitos de higiene, es decir, una costumbre que vinculada al aseo personal, que tiene por objetivo principal la limpieza del propio cuerpo a través del baño que removemos la gran cantidad de bacterias a la que estamos expuestos en lo cotidiano y que quedan adheridas a nuestra piel.</p> <p>Cuando se comprueba qué es exactamente lo que la persona mayor puede hacer por sí misma, es importante dejar que continúe haciendo todo lo que pueda sin ayuda. Nunca debe hacerse por la persona algo que sea capaz de hacer de forma autónoma. En función de lo que se le permita y anime se potenciará que estas labores se continúen haciendo el mayor tiempo posible. Si se conoce que puede realizar alguna tarea sin ayuda es útil recordárselo y animarle a repetirlo.</p> <p>Es importante contar con el familiar mayor para preparar y crear cualquier cambio en su vida. Las modificaciones que pueden potenciar la independencia serán más eficaces si la persona mayor ha participado en el proceso de decisión y si se han tenido en cuenta las circunstancias y el modo en que hacía las cosas con anterioridad. Las personas mayores deben de tener una participación activa en su propio cuidado, ya que promueve un sentido de propósito en su vida.</p> <p>Es importante que el entorno sea lo más seguro posible y al mismo tiempo facilite una mayor independencia en el adulto mayor, revisando y eliminando la existencia de obstáculos ambientales que dificulten la autonomía y supongan un riesgo, con el fin</p>

<p>de dientes, jabón de baño, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo del dolor mediante los fármacos prescritos. Paracetamol 1gr IV c/8hrs</li></ul> <p>Ketorolaco 30mg IV c/8hrs</p> <p>Tramadol 100mg IV c/12hrs</p>	<p>de promover conductas independientes. La adaptación al entorno representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas mayores. Este concepto engloba todas aquellas modificaciones que se pueden acometer en el ambiente físico que rodea a la persona mayor y que le permiten la realización de las actividades cotidianas. La comodidad del entorno influye de manera positiva en el estado emocional de la persona mayor.</p> <p>En el paciente anciano el manejo del dolor mejora sus condiciones de vida. Paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores e. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales. Ketorolaco es un analgésico indicado en el tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos. Tramadol es un analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b>                  Se le oriento a la Sra. Aurora la importancia de mantener una higiene adecuada no solo durante la estancia hospitalaria si no cuando se encontrara en casa                  Se asistió con el baño manteniendo un ambiente de privacidad y comodidad, adaptando el entorno donde ella se encontraba, para al mismo tiempo enseñar de que manera lograr autonomía para realizar por si misma su higiene.                  Se verifico que se ministrara analgesia en los horarios correspondientes.                  En cada actividad que se realizó se incluyó a la familia de la paciente orientándolos sobre como colocar la cama en una posición adecuada, disponiendo de barandillas considerando la edad de la paciente para así evitar caídas y poder realizar el baño de esponja.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b>                  La Sra. Aurora tomo conciencia sobre la importancia de mantener una higiene adecuada y como el baño la beneficiaria tanto en su estado físico como emocional.                  No se logró una independencia al 100% ya que a pesar de la analgesia ministrada seguía presentando constantemente dolor, sin embargo, la Sra. Aurora mostraba interés en apoyar tanto al personal de salud como a su familia para seguir adquiriendo conocimiento sobre como mejorar su independencia.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p align="center"><b>PLANEACION</b></p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 3:</b> eliminación e intercambio.  <b>Clase 1:</b> función urinaria.  <b>Incontinencia urinaria de urgencia r/c hiperactividad del musculo detrusor m/p perdida involuntaria de orina poco después de tener la sensación de orinar.</b></p>	<p align="center"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora disminuirá la perdida de orina involuntariamente.</p>
<p align="center"><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a la Sra. Aurora sobre:                      Cambio en el estilo de vida(perdida de peso)</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b>                  En mujeres con sobre peso un tratamiento aceptable es la disminución de peso. En la actualidad es una medida preventiva eficaz, evitar la sobre carga del suelo pélvico</p>

<p>Cambio en la dieta (reducción en la ingesta de líquidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducación vesical (realizar micciones programadas)</li> <li>• Entrenamiento de la vejiga (ejercicios de kegel, ver Anexo 10.2)</li> </ul>	<p>manteniendo un peso adecuado. El paciente no debe dejar de tomar líquidos por miedo al escape de orina; la ingesta deber ser normal, se recomienda tomar líquidos en forma espaciada y distribuidos de manera homogénea a lo largo del día, evitando beber mucha cantidad de golpe y evitar bebidas muy frías o que estimulen la vejiga (café, té, vino blanco, refrescos, alcohol, tabaco).</p> <p>Facilitar el acceso al cuarto de baño, evitando las barreras físicas, domésticas y disponer de sustitutos (orinales, protectores sanitarios, etc). Esto es especialmente importante en pacientes con limitada movilidad (adultos mayores).</p> <p>Constituyen el tratamiento de primera línea en IU de esfuerzo y de urgencia. Consisten en contraer de manera vigorosa los músculos pubococígeos sin utilizar los músculos del abdomen y los glúteos. El número de veces que debe repetirse, varía en función de cada paciente; lo óptimo son 30 minutos diarios de ejercicios. La duración mínima requerida para conseguir beneficios es de 15 a 20 semanas; se han reportado beneficios objetivos hasta del 60 a 90%.</p>
<p><b>EJECUCIÓN.</b> Se orientó a la Sra. Aurora sobre los cambios que podía hacer en su estilo de vida para bajar de peso. Se realizaron los ejercicios de Kegel 3 veces al día durante 10 min.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b> No se obtuvo un avance en cuanto al reentrenamiento vesical, ya que no se tenía interés de la Sra Aurora después de la intervención quirúrgica por realizar los ejercicios.</p>

<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 4:</b> actividad/reposo  <b>Clase 1:</b> sueño/reposo  <b>Patrón de sueño alterado r/c dolor m/p dormir solo por ratos e insatisfacción por el sueño.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora mejorara el sueño.</p>
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar actividades diurnas con la Sra. Aurora. (tejido de servilletas, manualidades, lectura)</li>   <li>• Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño. (realizar un poco de lectura, entre 20 a 30 min y/o ejercicios de relajación por ejemplo:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- presionar las yemas de los dedos en el cuero cabelludo, desde la frente hacia la nuca.</li> <li>2.- sentarse en el borde de la cama, con la espalda recta y los hombros ligeramente hacia atrás, respirar hondo por la nariz, despacio y al momento de exhalar hacerlo de igual manera, tres veces)</li> </ol> </li>   <li>• Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b>                      El sueño, es un factor fundamental que influye en la salud, en la conservación de la energía, y puede verse afectado por varios factores, entre ellos, la enfermedad.                      Establecer actividades recreativas como terapia ocupacional durante el día ayuda a la reducción de tensiones.</p> <p>Establecer una rutina de ejercicios de relajación como respiraciones profundas antes de irse a la cama facilita la transición del estado de vigilia al de sueño.</p> <p>Para lograr un descanso reparador es importante que el ambiente del dormitorio o en donde se lleve a cabo el descanso sea agradable, tranquilo y favorezca al descanso, ya que descansar bien es imprescindible para gozar de un buen</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo del dolor mediante fármacos prescritos. Paracetamol 1gr IV c/8hrs  Ketorolaco 30mg IV c/8hrs  Tramadol 100mg IV c/12hrs</li></ul>	<p>estado físico y mental.</p> <p>Paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores e. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales.</p> <p>Ketorolaco es un analgésico indicado en el tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos.</p> <p>Tramadol es un analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b></p> <p>Se realizó terapia ocupacional con la Sra. Aurora durante el turno de la mañana como pedirle que nos ayudara con algunos recortes, pedimos a sus familiares que le trajeran material como estambre para que pudiera tejer; estas mismas actividades dejábamos como nota en observación para que la enfermera del turno vespertino considerara llevarlas a cabo.</p> <p>Se enseñó a la paciente una serie de ejercicios de relajación (respirar profundamente, manteniendo el aire por un minuto y exhalando lentamente) y como hacerlos de manera adecuada antes de dormir, también se ministró analgésicos para disminuir el dolor.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>La Sra. Aurora logro mejorar el sueño por unos días, pero después refirió sentirse desesperada por que no cedía el dolor.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 6: Auto percepción</b>  <b>Clase 2: Autoestima</b>  <b>Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p subestima capacidad de afrontar los acontecimientos.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora reforzara su autoestima y se adaptará a los cambios en su cuerpo.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos.</li>   <li>• Establecer una relación de confianza y respeto.</li> <li>• Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.</li>   <li>• Potenciación de la autoestima</li>   <li>• Aumentar y/o reforzar las redes de apoyo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACION</b></p> <p>La imagen corporal suele tener un impacto muy importante sobre la autoestima. El aspecto físico, juega un papel muy importante en las relaciones interpersonales y por lo tanto en la formación y en el desarrollo de la autoestima.</p> <p>Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación al usuario. La clarificación de los pensamientos y sentimientos fomentan la autoaceptacion.</p> <p>Asistir a la persona a identificar los puntos fuertes, recursos y estrategias de afrontamientos. El reconocimiento de la competencia refuerza la autoestima previamente intacta.</p> <p>Las personas que utilizan estrategias tanto de autocuidado, manejo de medicación y apoyos emocionales para aliviar los síntomas anímicos tienen mejor respuesta al tratamiento.</p> <p>Contar con redes de apoyo tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor.</p>

<p><b>EJECUCIÓN.</b>                  Se brindó apoyo emocional a la Sra. Aurora ayudándola a identificar sus virtudes y reafirmandolas mostrando confianza e interés en ella.                  Cuando la Sra. Aurora se mostraba angustiada se trató de identificar cual era la fuente y se fomentó actividades como tejer o escuchar música para ayudarla a disminuir su ansiedad.                  Se mantuvieron pláticas con la paciente, incluyendo a los familiares donde se le apoyo a reconocer los sistemas de apoyo con los que contaba y a fortalecer sus relaciones interpersonales.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b>                  La Sra. Aurora mostro interés por mantener una actitud positiva sobre la situación que afrontaba durante ese momento.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p style="text-align: center;"><b>PLANEACION</b></p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 6:</b> Autopercepción  <b>Clase 1:</b> autoconcepto  <b>Impotencia r/c tratamiento relacionado con su enfermedad m/p dependencia de otros que puede ocasionar irritabilidad, depresión a causa del deterioro físico.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora aprenderá a manejar y aceptar las circunstancias en las que se encuentra por su estado actual de salud.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia en identificar el problema de una manera objetiva.</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b>                  Es importante que las personas identifiquen las fuentes de ansiedad para con esto evitar reapariciones de alguna crisis. Una persona se puede sentir ansiosa cuando se ve expuesta a un cambio repentino en el ambiente y al desconocimiento que se tiene</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar la función de la ira y frustración que pueda ser de utilidad.</li><li>• Apoyo emocional.</li><li>• Mejorar el afrontamiento</li></ul>	<p>de las situaciones a las que se ve expuesto.</p> <p>La expresión de sentimientos desbordados por una situación médica incrementa la sensación de impotencia, sin embargo, compartir sentimientos suele conducir a la comprobación de que otras personas son sensibles ante esta situación y esto inspira solidaridad reduciendo así el sentimiento de impotencia.</p> <p>El afrontamiento estaría considerado como todos los esfuerzos de respuesta y acción sobre el medio y sobre nosotros mismos como respuesta a las demandas internas o externas que sobrepasan o exceden nuestros recursos con el fin de restablecer una situación de equilibrio. Por lo tanto si se orienta a tener una actitud positiva se tiende a mejorar el estado de ánimo de la persona.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b></p> <p>Se discutió con la Sra. Aurora el grado de responsabilidad del estado de salud actual y de que manera iba a reaccionar ante tal situación mostrando empatía ante sus respuestas fomentando en todo momento la manifestación de sus sentimientos, percepciones y miedos por aceptar esta responsabilidad</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>La Sra. Aurora expreso con mayor facilidad sus sentimientos ante la situación que pasaba, aumento su confianza en sí mismo y en su capacidad de afrontamiento y mostraba una mayor aceptación ante el apoyo que se le brindaba.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 2: Nutrición</b>  <b>Clase 1: Ingestión</b>  <b>Obesidad r/c malos hábitos alimenticios</b>  <b>m/p IMC de 31.22</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora mejorara su estado nutricional disminuyendo su IMC.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación sobre como disminuir el peso, ajustando la dieta al estilo de vida y nivel de actividad. Aconsejando sobre el consumo de verduras, frutas, cereales integrales, pescado y carnes magras.</li> <li>• Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones de la Sra. Aurora</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b></p> <p>Modificar hábitos conductuales como comer en horarios fijos, sentado, sin bebidas como refrescos y disminuir la comida con mayor cantidad de calorías por las noches ayuda a promover a educar al paciente para implementar una alimentación adecuada en calidad y cantidad.</p> <p>Los ejercicios a realizar en los pacientes con sobrepeso y obesidad deben estar planeados y ordenados en tiempo e intensidad antecediendo una evaluación medica</p>
<p><b>EJECUCIÓN.</b></p> <p>Se oriento a la Sra. Aurora sobre la importancia de tener buenos hábitos alimenticios favoreciendo una dieta balanceada y se fomentó la realización de ejercicios de acuerdo con sus posibilidades.</p>	<p><b>EVALUACION.</b></p> <p>La Sra. Aurora mostro interés en modificar su alimentación y poder bajar de peso y tener una mejor calidad de vida de acuerdo a su padecimiento.</p>

<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 3:</b> Eliminación e Intercambio  <b>Clase 2:</b> Función gastrointestinal  <b>Estreñimiento r/c obesidad m/p disminución de la frecuencia de defecar.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra Aurora mejorara su frecuencia de defecar.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de edema evacuante</li>   <li>• Manejo del estreñimiento mediante fármaco prescrito                      Senosidos</li>   <li>• Fomento del ejercicio (ejercicios abdominales)</li> </ul> <p>Tumbados boca arriba con los brazos detrás del cuello y las rodillas flexionadas, se levantan los hombros y el torso unos 30° del suelo en dirección a las rodillas. La respiración deberá acompañar al movimiento. Realizar 3 series de 15 repeticiones cada una.</p> <p>Tumbados boca arriba y los brazos</p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b></p> <p>Los enemas evacuantes se usan principalmente para estimular los movimientos peristálticos eliminando las heces fecales mediante el aseo del recto y el colon, entre ellos se encuentran los de agua jabonosa, los salinos y los de agua simple.</p> <p>Senosidos. son un laxante natural de origen vegetal para el tratamiento de la constipación leve provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural facilitando la eliminación y reducir el esfuerzo y presión intraabdominal excesivos</p> <p>Además de la alimentación, la práctica de ejercicio físico también influye en el tránsito intestinal. Es por ello que una beneficiosa forma de prevenir y aliviar los problemas de estreñimiento es a través de la actividad física moderada y periódica.</p> <p>De forma general, cualquier ejercicio o deporte va a provocar un movimiento más regular de los intestinos. Por medio de la actividad física se activa la musculatura de</p>

<p>estirados a lo largo del cuerpo, se levantan las piernas 90° sobre el pecho. Con un ligero movimiento, se flexionan las rodillas y se acercan hacia el pecho contrayendo el abdomen. Se deben realizar 3 series de 10 repeticiones cada una.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modificar hábitos alimenticios (Fomentar el consumo de verduras, frutas y alimentos ricos en fibra)</li></ul>	<p>todo el organismo, y con ello el sistema digestivo. Además, se favorece una mejor circulación, elemento clave para una digestión adecuada y el transporte de los nutrientes a todo el cuerpo, evitando problemas con el estreñimiento.</p> <p>Un mayor consumo de verduras y frutas, así como alimentos ricos en fibra y una ingesta de líquidos, ayudan a corregir el trabajo intestinal.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b></p> <p>Se realizaron ejercicios abdominales con la Sra. Aurora 5 veces al día durante 15 min con ayuda de su familiar en turno. En su estancia hospitalaria se le administraron 2 enemas evacuantes. Se le oriento a la Sra. Aurora sobre la importancia de modificar sus hábitos alimenticios.</p>	<p><b>EVALUACION.</b></p> <p>La Sra. Aurora solo defecaba cuando se le administraba un enema evacuante por lo cual no mejoro el trabajo intestinal ya que seguía con disminución en la frecuencia de defecar.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>PLANEACION</b>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 11:</b> seguridad/protección  <b>Clase 2:</b> lesión física.  <b>Riesgo de caídas r/c edad mayor a 65 años, deterioro de la movilidad.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora limitara su riesgo de caídas.</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el uso de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas. Diuréticos, Hipoglucemiantes, Antihipertensivos, Antiarrítmicos, Anticoagulantes Inotrópicos</li> <li>• Identificar déficits cognoscitivos o físicos de la Sra. Aurora que puedan aumentar la posibilidad de caídas (estado de conciencia, sordera, ceguera, hipoacusia, mareos o síncope, limitación de movimientos, urgencia miccional)</li> <li>• Uso de mecanismos de seguridad <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Barandales en alto.</li> <li>✓ Silla de ruedas (bloquear las ruedas en la transferencia de la Sra. Aurora)</li> <li>✓ Pasamanos</li> <li>✓ Tarjeta de escala de riesgo de caídas</li> <li>✓ Colocar la cama en la posición más baja</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN.</b></p> <p>Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir a la familia y al paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación, nos</p> <p>Dado que un porcentaje de la población en general que presenta mayor riesgo de presentar caídas está en los mayores de 60 años, es fundamental la importancia de una valoración permanente del paciente y la implementación de las medidas de prevención correspondientes.</p> <p>Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo identificados deben planificarse y aplicarse a todos los pacientes hospitalizados desde el ingreso y a lo largo de su estancia. El uso adecuado de dispositivos de ayuda como sillas de ruedas, bastón, andadera y barandillas, pasamanos de cama nos asegura disminuir potencialmente un riesgo de caídas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colocar los objetos personales al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos para acceder a ellos.</li>   <li>• Orientar a la familia de la Sra. Aurora sobre el adecuado uso de los mecanismos de seguridad</li> </ul>	<p>Educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>EJECUCIÓN.</b>          Se utilizaron mecanismos de seguridad como mantener en todo momento los barandales de la cama en alto, colocar tarjeta de identificación del riesgo de caídas, mantener la cama a una altura no muy elevada.          Cuando a la Sra. Aurora se le trasladaba fuera de su cama se utilizaba un dispositivo de ayuda como lo es la silla de ruedas indicándole a su familiar cual era la forma adecuada de utilizarla.</p>	<p><b>EVALUACION.</b>          La Sra. Aurora uso mecanismos de seguridad de forma adecuada disminuyendo así la probabilidad de presentar una caída durante la hospitalización.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p style="text-align: center;"><b>PLANEACION</b></p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA</b>  <b>Dominio 11:</b> seguridad/protección  <b>Clase 1:</b> infección.  <b>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y alteraciones de las defensas primarias.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>La Sra. Aurora disminuirá su riesgo de infección.</p>



<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Observar el grado de vulnerabilidad la Sra. Aurora a las infecciones.</li></ul>	<p>El paciente ingresado está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre el paciente y un microorganismo, en sí, no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales.</p> <p>Los factores de importancia para los pacientes que influyen en la posibilidad de contraer una infección comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ la edad</li><li>➤ estado de inmunidad</li><li>➤ cualquier enfermedad subyacente</li><li>➤ intervenciones diagnósticas y terapéuticas.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar lavado de manos.</li></ul>	<p>Las Infecciones nosocomiales son la mayor causa de morbi-mortalidad. Los gérmenes más frecuentes son cocos Gram (+), Bacilos Gram (-) y hongos como Candida sp El lavado de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos del personal a la persona que se cuida y de ésta al personal. Es necesario lavarse las manos siempre después de tener contacto con la persona afectada, independientemente de que se hayan, o no, utilizado guantes; antes y después del uso de guantes y entre diferentes procedimientos realizados a la misma persona.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ministración de los medicamentos con la técnica y vías adecuadas.</li></ul>	<p>La seguridad de los medicamentos es fundamental para el cuidado de la salud del paciente, esto implica que reciba el medicamento adecuado, la dosis correcta y a las horas apropiadas. Para obtener los resultados esperados los pacientes deben conocer y entender la importancia de los</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo de signos vitales.</li> <li>• Valorar el estado.<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Accesos vasculares. Preparación de la piel local. Técnica aséptica en la inserción. Retiro si se sospecha que hay infección. Sistema cerrado.</li><li>➤ Herida quirúrgica. Limitación de la estadía preoperatoria en el hospital. Ducha preoperatoria y preparación de la piel local del paciente. Vigilancia de signos y síntomas de alarma de la herida quirúrgica.</li><li>➤ Sonda vesical. Limitación del período de uso de la sonda. Mantenimiento de un tubo de drenaje cerrado Limpieza diaria de la zona perineal con antiséptico.</li></ul></li></ul>	<p>medicamentos, ya que, si bien es cierto que estos son vitales para su recuperación, no es menos cierto que su uso incorrecto puede tener un impacto negativo en su estado de salud.</p> <p>La monitorización de las constantes vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente aunque el nivel de gravedad nos obligará a una monitorización más o menos cruenta.</p> <p>Las cuatro infecciones nosocomiales más comunes son las infecciones urinarias, las infecciones de heridas quirúrgicas, la neumonía y la infección primaria de la sangre. Cada una de ellas es causada por un dispositivo médico o un procedimiento invasivo. Es preciso establecer normas y prácticas específicas para reducir al mínimo esas infecciones, revisar y actualizar regularmente dichas normas y prácticas y vigilar su cumplimiento.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EJECUCIÓN.**

Se realizaba el lavado de manos en sus 5 momentos durante la estancia hospitalaria así también como se le instruyo a la Sra. Aurora y sus familiares la importancia y la forma correcta de hacerlo, ya se que fuera lavado de manos con agua y jabón y/o con gel antibacterial.

Se le instruyo a la Sra. Aurora sobre los signos de alarma en caso de presentar una infección también se le enseñó al momento de realizar su higiene personal cual era la manera adecuada de asearse poniendo mayor énfasis en la zona de los genitales.

También se le brindo orientación sobre cómo debía tener la bolsa recolectora de orina para así poder evitar una infección urinaria, esto era, tenerla llena arriba del 70% de su capacidad, y mantenerla en una altura por debajo de la cintura.

**EVALUACIÓN**

La Sra. Aurora disminuyo su riesgo de infección al no presentar en ningún momento algún dato de compromiso. También aprendió a identificar los signos de alarma que se pueden presentar en caso de infección.

**7. PLAN DE ALTA.**

**Indicaciones terapéuticas**

**Ciprofloxacino tab 500mg c/12 hrs**

Antibacteriano de amplio espectro indicado para la prevención de infección.

Efectos secundarios: náusea, vómitos, dolor de estómago, acidez, diarrea, picazón vaginal o secreción vaginal, piel pálida, cansancio inusual, somnolencia.

**Losartan 100mg / Hidroclorotiazida  
12.5 mg tab c/24 hrs**

Diurético y antihipertensivo que actúan sobre el volumen sanguíneo a nivel renal indicados para disminución de la presión arterial.

Efectos secundarios: Mareos, síncope, ansiedad, ataxia, confusión, depresión, hiperestesia, insomnio, estreñimiento, flatulencia, gastritis, vómito.

**Paracetamol tab 500 mg c/8hrs**

Analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores.

Efectos secundarios: náusea, vómito, dolor epigástrico, somnolencia, ictericia, anemia hemolítica, daño renal y hepático, neumonitis, erupciones cutáneas y metahemoglobinemia.

**Medidas higiénicas**

Baño diario

vigilar e informar de forma oportuna posibles datos que indiquen infección de la herida quirúrgica:

- Fiebre
- Herida inflamada, caliente,

	<p>roja o adolorida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre o pus saliendo de la herida</li> <li>• Mal olor que sale de la herida</li> </ul> <p>Mantener el vendaje del muñón limpio, y sin humedad.</p> <p>Lavado de manos recurrente</p> <p>Higiene bucal 3 veces al día y lavado de prótesis dentaria.</p>
<p><b>Nutrición</b></p>	<p>Realizar 5 comidas al día, con porciones pequeñas y balanceadas para facilitar la masticación y la deglución y favorecer una mejor ingesta de alimentos.</p> <p>Reducir el consumo excesivo de sal en los alimentos.</p> <p>Reducir el consumo de grasas e irritantes.</p> <p>La posición correcta para comer es, sentado en ángulo recto dirigiendo la barbilla ligeramente hacia el pecho.</p>
<p><b>Terapia física</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar movimientos de flexión, extensión e hiperextensión con el cuello.</li> <li>• Realizar movimientos circulares en manos y pies 10 repeticiones en manos y 10 repeticiones en pies.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar movimientos de flexión y extensión comenzando por las muñecas, brazos y hombros. 10 repeticiones cada uno.</li> <li>• Realizar movimientos de flexión y extensión con las rodillas. 10 repeticiones cada uno.</li> </ul>
<b>Signos y síntomas de alarma</b>	<p>Fiebre sin razón aparente.</p> <p>Supuración purulenta</p> <p>Dolor o molestia fuerte</p> <p>Inflamación en borde de la herida</p> <p>Mal olor</p>

**Recomendaciones.**

- ✓ Promover la continuidad del arreglo personal, usando la ropa de mas agrado y lubricacion de la piel.
- ✓ Promover una actitud positiva que ayude a realizar actividades de recreacion para reducir tensiones emocionales.
- ✓ Manifestarle motivacion por parte de los familiares, para sentirse segura, querida.
- ✓ Asegurarse de que tome sus medicamentos en las dosis y horarios correctos.

## 8. CONCLUSIONES

La insuficiencia arterial periférica constituye un problema de salud real, especialmente en la población de edad avanzada. Debido al alto porcentaje que sufren la enfermedad tanto el diagnóstico como el control de los factores de riesgo son dos de los grandes pilares sobre los que la enfermera tiene un papel fundamental.

En este trabajo se ha desarrollado un Proceso de Atención de Enfermería, partiendo de un caso clínico en el que el paciente sufre una enfermedad de estadio avanzado y donde su estado de salud se ve comprometido. Por ello, la enfermera inicia un proceso de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, centrándose en primer lugar en aquellas necesidades que comprometen la salud del paciente, y jerarquizando el resto de las necesidades en función de su relevancia en cuanto al estado de salud de la paciente.

Uno de los objetivos de este PAE era poder implementar intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de vida y la prevención de futuras complicaciones en el adulto mayor con Insuficiencia Arterial Aguda; sin embargo al encontrar a la paciente en un estadio muy avanzado de la enfermedad, la estrategia preventiva en el tratamiento junto con el abordaje farmacológico ya no fueron suficientes para evitar las complicaciones llevando a la paciente a la intervención quirúrgica.

Sin embargo se llevó a cabo una modificación en el plan de cuidados centrándose ya en la educación sanitaria dirigida a modificar los hábitos perjudiciales del paciente e implantando aquellos que fueran beneficiosos para la salud y adaptación de un nuevo estilo de vida de la paciente.

Educar al paciente adulto en relación al conocimiento de su enfermedad para que sepa reconocer modificaciones físicas nos ayudara en gran medida para que al ejecutar nuestro plan de cuidados tengamos un mejor resultado.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Rosa Linda. Aplicación del proceso atención enfermería. Editorial Doyma Barcelona, España, 1989, PP 350.

Carpenito Linda. Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana 2ª Edición. México. D, F. 1998. 465 PP

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2009-2011. Editorial Elsevier España, Barcelona. España. 2009

Guía de Practica Clínica Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión en Primer Nivel de Atención, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.

Janet w. Griffith, Proceso de Atención de Enfermería, 1986.

Griffith, Janet W. Proceso de Atención de Enfermería Aplicación de Teorías, Guías y Modelos, 1ra Edición, México, Manual Moderno, Pp 22

Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero, fomentar la colaboración 5ta Edición. Masson p. 4.

Bellido José Carlos. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. 1ra Edición, España, Pp.27.

Murillo González, Ana Cecilia y Gutiérrez, Ilse. Situación de las Redes Sociales de las Personas Adultas. Universidad de Costa Rica 2008.

Herdam, T. H. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. 2014 Barcelona. Elsevier. Pp 134

González Jesús, Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral, estudio de casos, MC prevención, Salamanca España.

Amaro M. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. Revista Cubana de Enfermería. Habana, 2004. Consultado 20 de marzo del 2018. Disponible: <http://scielo.sdl.cu/scielo.php?pid?S0864031919990001000002&scriptsciarttext>

Kozier Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas 4ta edición Editorial. Mc Grawhill- Interamericana 2005 Madrid España.



Potter Patricia A. Fundamentos de enfermería 2002. Pp 482.

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-3/enfermeria9306optimizacion/>

Alós Villacrosa J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar. Barcelona: Glosa, S. L; 2008.

Ministerio de Sanidad y Consumo- Instituto de Salud “Carlos III” Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Prótesis endovasculares (stents) en el tratamiento de la arteriopatía periférica de los miembros inferiores, 2005.

## 10. ANEXOS

### 10.1 Insuficiencia arterial aguda.

La insuficiencia arterial aguda consiste en la oclusión súbita de la circulación arterial, que produce isquemia. El diagnóstico se confirma cuando se identifica material hipocoico de tipo tromboembólico dentro de la luz arterial.

Existen dos causas principales de isquemia arterial aguda. En primer lugar podemos señalar a la embolia, en la cual el material trombótico se ha formado en otro sitio de la economía corporal, se desprende y viaja por la circulación, hasta que impacta en una arteria y la ocluye, de mayor o menor calibre, dependiendo del tamaño del émbolo. La pared arterial suele estar sana, o con pocos signos de ateromatosis.

La segunda causa a destacar es la trombosis, en la cual, el trombo se produce en el mismo sitio de la oclusión. La pared arterial se encuentra enferma, con marcada ateromatosis, y alguna de las placas inestables, se accidenta y sangra, provocando la formación de un trombo dentro de la luz.

La isquemia arterial aguda constituye una verdadera emergencia médica. Tiene una alta morbimortalidad, con riesgo de pérdida de la extremidad o de la vida. Requiere diagnóstico y tratamiento tempranos.

#### **Síntomas.**

Se evidencia por claudicación aguda del miembro, con signos y síntomas de isquemia súbita e intensa del territorio afectado. Cianosis, frialdad y ausencia de pulsos. Dolor muscular intenso, distal a la oclusión. Palidez, parestesias y parálisis.

**Síntomas cutáneos:** en un principio, se observa piel de color céreo, cadavérico. Más tarde aparecen áreas violáceas de cianosis. Finalmente se observa la coloración oscura típica de la gangrena.

**Síntomas neurológicos:** la anoxia tisular se refleja en el grado de anestesia y parálisis motora de la extremidad. La pérdida de la sensibilidad a la presión ligera

es indicación de cirugía inmediata. La parálisis es un signo tardío que indica gangrena inminente irreversible, por combinación de isquemia nerviosa y muscular.

### **Evolución.**

Ante la ausencia de perfusión, a las 4-6 horas aparecen fenómenos de necrosis muscular. Gradualmente la extremidad se paraliza y se vuelve edematosa. A menudo se complica con trombosis venosa.

En 8 a 12 horas los cambios son irreversibles. La piel y el tejido celular subcutáneo son más resistentes a la hipoxia, pero también pueden presentar fenómenos de gangrena. Con cierta frecuencia, el cuadro clínico puede ser incompleto, en forma de debilidad muscular y dolor únicamente, o incluso sólo parestesias.

### **Etiologías**

#### **Embolia arterial**

Es la causa más frecuente. Los émbolos son trombos formados en otro sector de la economía arterial. Proviene en un 80-90% de cavidades cardíacas izquierdas. También pueden ser originados por fragmentos de trombos murales de aneurismas de la aorta abdominal, ilíacas o poplíteas.

Los émbolos viajan por la circulación arterial y pueden impactar en extremidades inferiores (70-80%), extremidades superiores, carótidas (20%) o arterias viscerales (10%). Dependiendo del tamaño del émbolo, será el calibre de la arteria a la cual ocluyen.

El origen cardíaco de los émbolos tiene mayor incidencia en pacientes con antecedentes de infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular o estenosis mitral, y más raramente, en pacientes con prótesis valvulares. Los tumores intracardíacos (por ejemplo mixoma auricular) pueden originar émbolos gigantes. En las endocarditis bacterianas o micóticas, las vegetaciones también son causa de embolias.

#### **Fibrilación auricular (FA) y embolia.**

La ausencia de contracción auricular, produce estasis sanguínea, favoreciendo la formación de coágulos en el apéndice auricular izquierdo. En este lugar son difíciles de localizar por ecocardiografía transtorácica. Por tanto la ausencia de un

trombo intracardiaco en el estudio ecocardiográfico, no descarta la posibilidad de que el corazón sea el origen de la embolia arterial, en un paciente portador de FA. La utilización de la ecocardiografía transesofágica, permite una evaluación más segura de posibles orígenes cardiacos y la identificación de importantes lesiones en la aorta torácica proximal.

### **Infarto agudo de miocardio (IAM) y embolia**

El IAM es la segunda causa más frecuente de embolismo arterial periférico (20%). El trombo ventricular es más frecuente en el IAM anterior, quedando situado generalmente en el ápex del ventrículo izquierdo. Un embolismo arterial puede ser la manifestación inicial de un IAM «silente», por lo que será necesaria una cuidadosa evaluación, con determinaciones enzimáticas seriadas y ECG, ante pacientes con embolismo agudo, especialmente si no presentan FA.

### **Prótesis valvulares y embolias**

Otra causa mucho más infrecuente lo constituyen las prótesis valvulares. El trombo puede formarse alrededor del anillo en las válvulas de bola. Las válvulas de disco predisponen a la formación de trombos en los puntos de las bisagras, que corresponden a los sitios donde fluye más lentamente la sangre. Por lo tanto es necesaria la anticoagulación.

### **Origen no cardiaco de los émbolos**

Ocurre en el 5-10% de los casos. Pueden originarse en los trombos murales de aneurismas aortoiliacos, femorales o poplíteos. En las extremidades superiores, un aneurisma subclavio producido por pellizcamiento, puede producir fenómenos embólicos en brazos, manos o dedos (síndrome del opérculo torácico). Las placas ulceradas también pueden originar un trombo que emboliza. Suelen afectar a las arterias digitales terminales en forma de microembolias. e. Localización de las embolias La frecuencia de embolias es cinco veces mayor en las extremidades inferiores que en las superiores. La localización más frecuente es en las bifurcaciones (femoral común: 35-50%)

### **Trombosis arterial aguda**

Constituye la segunda causa más frecuente de isquemia arterial aguda. Se produce por lesiones previas de la pared arterial (ateroesclerosis). Asienta especialmente sobre la femoral superficial a nivel del anillo de los aductores. Son factores predisponentes las estenosis arteriales, estados de hiperviscosidad o hipercoagulabilidad, bajo gasto cardiaco, lesión arterial traumática o iatrogénica, etc. En un paciente con patología ateromatosa obstructiva crónica con escasas manifestaciones clínicas, la ulceración o hemorragia de las placas puede producir

una trombosis aguda de la luz. A veces, la trombosis es secundaria a la presencia de aneurismas. Cuanto más periférico es el aneurisma, más frecuente es la trombosis (poplítea o femoral).

### **Diagnóstico Modo B y Doppler.**

Se observa la luz arterial ocupada por material hipo o anecoico. Generalmente produce oclusión de la luz (obstrucción completa), aunque raras veces produce obstrucción parcial. Se detecta flujo en la vena y no en la arteria. El explorador novato puede confundirlo con una trombosis venosa. Debemos señalar la extensión de la trombosis, la presencia o ausencia de flujos distales, la presencia de circulación colateral y debemos tratar de reconocer la presencia de enfermedad ateromatosa parietal subyacente, ya que de ello dependerá el tratamiento. Se deben estudiar con eco-Doppler ambas extremidades, para valorar la enfermedad ateromatosa de base. También sirve como control comparativo para estudios postquirúrgicos.

### **Arteriografía.**

Es de gran ayuda. Si el diagnóstico es dudoso, la arteriografía puede ser de gran valor, por lo que es recomendada por la mayoría de los autores.

Siempre que el estado clínico de la extremidad isquémica permita el tiempo que se tarda en la realización de la arteriografía (entre 1 y 3 hs), es aconsejable su realización.

### **Clasificación clínica + Doppler (Criterios de Rutherford)**

1. Extremidad viable: Hay dolor sin déficit neurológico. Adecuado relleno capilar. Flujo pulsátil en arterias pedias con Doppler.
2. Extremidad con viabilidad amenazada: isquemia reversible. Dolor isquémico leve. Déficit neurológicos incompletos (pérdida de la sensibilidad vibratoria, propioceptiva y posicional, parestesias). No se detecta flujo arterial pedio, aunque el flujo venoso es demostrable.
3. Extremidad con isquemia irreversible o mayor: requiere amputación. Pérdida de la sensibilidad profunda y parálisis muscular. Ausencia de relleno capilar. Piel marmórea y rigidez muscular. Ausencia de señal arterial y venosa distal por eco Doppler.

## 10.2. EJERCICIOS DE KEGEL.

### ¿Qué son los ejercicios de Kegel?

Los ejercicios de Kegel fueron ideados por el Dr. Arnold Kegel para fortalecer los músculos del suelo de la pelvis y, de esa manera, intentar controlar la incontinencia de orina o la caída de los órganos pélvicos. Hay varias maneras de realizar los ejercicios de Kegel, pero todos se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo o PC (también conocido como músculo del suelo pélvico), para incrementar su fuerza y resistencia. Dicho músculo es el principal músculo del suelo de la pelvis.

Estos ejercicios pueden emplearse conjuntamente con técnicas de disminución de urgencias para reducir su imperiosa necesidad de orinar.

### ¿Cuáles son los músculos del suelo pélvico?

El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión la vejiga, el útero y el recto en contra de la fuerza de la gravedad. El debilitamiento del suelo pélvico provoca uno o varios de los siguientes trastornos: incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsos (caída de los órganos intrabdominales) y disfunciones sexuales.

### ¿Cómo hacer los ejercicios de Kegel?

**1. Ubique los músculos correctos**, mediante el uso de los siguientes métodos:

- a. inserte el dedo dentro de su vagina y apriételo. Cuando sienta presión, significa que usa los músculos correctos.
- b. Haga de cuenta que tiene colocado un tampón y se está cayendo. Contraiga los músculos con los cuales lo sostendría.

c. Contraiga las nalgas como si intentara evitar una flatulencia en público.

**2. Adopte una postura.** Los ejercicios de Kegel pueden realizarse sentada, de pie o acostada. Se recomienda que haga los ejercicios en cada posición todos los días.

**3. Contraiga los músculos del piso pélvico durante cinco segundos,** luego relájelos durante cinco segundos. El objetivo es llegar a contracciones que duren diez segundos, seguidas de diez segundos de relajación. Repítalo diez veces. Siga con dos series de cinco contracciones fuertes y rápidas. Durante el día, realice tres series de estos ejercicios para el suelo pélvico.

**4. Haga que los ejercicios de Kegel formen parte de una rutina diaria.** Estos ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar y en cualquier momento. Intente que sean de rutina cuando haga una tarea diaria como tomar una ducha, cepillarse los dientes, mirar televisión, viajar al trabajo o responder un correo electrónico. Los hábitos se hacen con la repetición.

**10.3. INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.**

**1.- OXIGENACION.**

¿Tiene algún problema para respirar? \_\_\_\_\_ Describa \_\_\_\_\_  
¿se ha expuesto al humo de le;a? \_\_\_\_\_ ¿Ha fumado en algún momento de su vida? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarros al día? \_\_\_\_\_ ¿Convive con fumadores? \_\_\_\_\_ ¿ha convivido con aves? \_\_\_\_\_ ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando sube escaleras? \_\_\_\_\_ ¿Su casa esta ventilada? \_\_\_\_\_ ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? \_\_\_\_\_ ¿Tiene familiares con problemas para respirar? \_\_\_\_\_ ¿Le han diagnosticado hipertensión? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas cardiacos? \_\_\_\_\_ ¿Tiene familiares con problemas del corazón? \_\_\_\_\_ ¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

**EXPLORE.**

Región cardio pulmonar: \_\_\_\_\_

Ruidos \_\_\_\_\_ pulmonares \_\_\_\_\_ movimientos torácicos: \_\_\_\_\_

Dificultad respiratoria: \_\_\_\_\_ Fatiga: \_\_\_\_\_ Tos: \_\_\_\_\_

Expectoración: \_\_\_\_\_

Coloración \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ piel: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**2.- ALIMENTACION E HIDRATACION.**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra a 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? \_\_\_\_\_ ¿Qué alimentos consume? \_\_\_\_\_ ¿En dónde acostumbra a comer? \_\_\_\_\_ ¿Con quién acostumbra comer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Considera que su ánimo influye en su alimentación? \_\_\_\_\_



¿Cuáles son los alimentos que le agradan? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles  
son los alimentos que le causan alergia? \_\_\_\_\_ ¿Tiene  
problemas para masticar? \_\_\_\_\_ ¿tiene dentadura completa?  
\_\_\_\_\_ ¿Usa prótesis? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problema con su peso?  
\_\_\_\_\_ ¿Considera usted que tiene adecuada digestión con los alimentos?  
\_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Acostumbra tomar refrescos? \_\_\_\_\_  
¿Acostumbra tomar café? \_\_\_\_\_ ¿Acostumbra tomar alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Toma  
suplementos alimenticios? \_\_\_\_\_

**EXPLORE**

Cavidad oral: \_\_\_\_\_

Región abdominal: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.- ELIMINACION.**

¿Cuántas veces evacua al día? \_\_\_\_\_ ¿Presenta alguno de esos signos  
o síntomas? Esfuerzo para defecar \_\_\_\_\_ Dolor anal al evacuar \_\_\_\_\_  
Dolor abdominal al evacuar \_\_\_\_\_ Flatulencias \_\_\_\_\_ Tenesmo \_\_\_\_\_  
Meteorismo \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_ Prurito \_\_\_\_\_ Hemorroides  
\_\_\_\_\_ Cuando presenta problemas para evacuar ¿Qué recursos utiliza? \_\_\_\_\_  
¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas  
veces orina al día? \_\_\_\_\_ ¿De qué color es su orina?  
\_\_\_\_\_ ¿Qué color tiene su orina? \_\_\_\_\_ ¿Qué olor  
tiene su orina? \_\_\_\_\_ Presenta alguno de estos signos o síntomas.  
Disuria \_\_\_\_\_ Poliuria \_\_\_\_\_ Nicturia \_\_\_\_\_ Retención de orina \_\_\_\_\_  
Urgencia para orinar \_\_\_\_\_ ¿Qué recursos utiliza cuando tiene  
problemas para orinar? \_\_\_\_\_ ¿Usted suda? \_\_\_\_\_ ¿Cómo es su  
sudoración? \_\_\_\_\_ ¿Bajo qué condiciones suda? \_\_\_\_\_  
¿Presenta alguna alteración en su eyaculación?  
\_\_\_\_\_

**EXPLORE.**

Región abdominal \_\_\_\_\_

Genitales \_\_\_\_\_

Fosas renales \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

#### 4.- MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dificultad para moverse? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza apoyos para moverse? \_\_\_\_\_ ¿Cu3al es la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? \_\_\_\_\_ ¿Cu3ntas horas al d3a pasa en esta postura? \_\_\_\_\_ Presenta: Dolores musculares \_\_\_\_\_ Dolores articulares \_\_\_\_\_ Contracturas \_\_\_\_\_ Presencia de temblores \_\_\_\_\_ Movimientos involuntarios \_\_\_\_\_ Falta de fuerza o debilidad muscular \_\_\_\_\_ Edema \_\_\_\_\_ Dolor \_\_\_\_\_ Ardor \_\_\_\_\_ Comez3n \_\_\_\_\_ Hematomas en alguna parte del cuerpo \_\_\_\_\_ Mareos, perdida del equilibrio o desorientaci3n \_\_\_\_\_ Realiza alguna \_\_\_\_\_ actividad \_\_\_\_\_ f3sica \_\_\_\_\_

---

#### EXPLORE

Postura, marcha, movimiento de flexibilidad, resistencia articular, reflejos \_\_\_\_\_

---

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

#### 5.- DESCANSO Y sue1o.

¿Usted descansa durante el d3a? \_\_\_\_\_ ¿Despu3s de descansar c3mo se siente? \_\_\_\_\_ ¿Cu3ntas horas duerme habitualmente? \_\_\_\_\_ Presenta dificultad para dormir \_\_\_\_\_ Se despierta f3cilmente \_\_\_\_\_ sue1o agitado \_\_\_\_\_ Pesadillas \_\_\_\_\_ Nerviosismos \_\_\_\_\_ Se levanta durante la noche \_\_\_\_\_ El lugar que usted utiliza para dormir \_\_\_\_\_

favores el sueño \_\_\_\_\_ Acostumbra a tomar  
siestas \_\_\_\_\_

**EXPLORE**

Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio y  
adinamia

---

---

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.- VESTIR Y DESVESTIRSE.**

¿Qué ropa utiliza cuándo? Hace frío \_\_\_\_\_ Hace calor  
\_\_\_\_\_ Cuando llueve \_\_\_\_\_ ¿Su ropa le permite libertad de  
movimiento? \_\_\_\_\_ ¿Expresa sentimientos a través de su ropa?  
\_\_\_\_\_ ¿La ropa que usa la elige usted? \_\_\_\_\_ ¿Es capaz de  
desvestirse y vestirse por si solo? \_\_\_\_\_

**EXPLORE**

Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos,  
limpieza \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ aliño

---

---

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.- TERMORREGULACION.**

¿Sabe cómo medir la temperatura corporal? \_\_\_\_\_ ¿Presenta  
alteraciones de la temperatura? \_\_\_\_\_ ¿Qué medidas toma para

controlar la temperatura cuando tiene alteraciones?

\_\_\_\_\_

**EXPLORE**

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8.- HIGIENE.**

¿Con que frecuencia se baña? \_\_\_\_\_ ¿Cada cuando se lava el  
cabello? \_\_\_\_\_ ¿El cambio de ropa es? \_\_\_\_\_ ¿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? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza prótesis dental? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo realizo la última visita al dentista?  
\_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? \_\_\_\_\_

**EXPLORE**

Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración,  
estado de hidrataciones y presencia de lesiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9.- EVITAR PELIGROS.**

Esquema de inmunizaciones completo \_\_\_\_\_ Revisiones periódicas  
en el ultimo año \_\_\_\_\_ Exploración prostática \_\_\_\_\_  
Autoexploración mamaria \_\_\_\_\_ Mamografía \_\_\_\_\_ Seguimiento  
de plan terapéutico prescrito \_\_\_\_\_ Automedicación \_\_\_\_\_ Consumo de  
drogas de uso no medico \_\_\_\_\_ Aparatos para la  
audición \_\_\_\_\_ Uso de bastón, andadera, silla de ruedas,  
muletas \_\_\_\_\_ Percepción de su imagen corporal \_\_\_\_\_ ¿Es

capaz de dar solución a sus problemas? \_\_\_\_\_ ¿Es capaz de mantener su seguridad física? \_\_\_\_\_

### 10.- COMUNICACIÓN.

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? \_\_\_\_\_ ¿Afectación verbal? \_\_\_\_\_  
Autopercepción \_\_\_\_\_ Tiene dificultad para: comprender \_\_\_\_\_  
aprender \_\_\_\_\_ concentrarse \_\_\_\_\_  
lectoescritura \_\_\_\_\_ ¿Cómo es la comunicación con su familia?  
\_\_\_\_\_

#### EXPLORE

Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbre, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. Estado de conciencia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 11.- CREENCIAS Y 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? \_\_\_\_\_ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted esperaba de ella? \_\_\_\_\_ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión le ayudan a enfrentar sus problemas? \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 12.- TRABAJAR Y REALIZACION.

¿Realiza algún tipo de trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué beneficios tiene con su trabajo?

¿Qué otras actividades le hacen sentirse útil y satisfecho? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

Actitud ante actividades en la casa hogar \_\_\_\_\_

### 13.- RECREACION.

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?

\_\_\_\_\_ ¿A qué atribuye usted este estado de ánimo?

\_\_\_\_\_ ¿Qué actividades recreativas acostumbra a realizar para divertirse? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia tiene cambios en el estado de ánimo? \_\_\_\_\_

¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? \_\_\_\_\_

### 14.- APRENDIZAJE.

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Cómo considera que es su capacidad para aprender? \_\_\_\_\_

¿De qué fuente adquiere conocimientos? \_\_\_\_\_ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? \_\_\_\_\_

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? \_\_\_\_\_

## 11. GLOSARIO

**Adinamia.** Falta de fuerza vital asociada a ciertas enfermedades.

**Auscultación.** Procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumento como el estetoscopio el área torácica o del abdomen, para valorar los sonidos normales o patológicos producidos en los órganos.

**Calidad de vida:** es el conjunto de factores o condiciones que son necesarios para lograr un medio ambiente que permite un espacio personal, estable y favorezca la toma de decisiones para un mejor grado de satisfacción asociado a un patrón de bienestar y confort.

**Calidad.** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

**Comunicación.** Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. Patrón de respuesta humana en el envío de mensajes.

**Cuidado.** Solicitud y atención para hacer bien algo.

**Cuidado de Enfermería.** Oficio en donde el cuidado se ejerce con humanismo y humanidad.

**Cuidar.** Acto propio de la naturaleza humana de modo que todo ser humano es capaz de cuidarse a sí mismo y a otros.

**Deglución.** Paso del bolo alimenticio de la boca al esófago y estómago.

**Educación.** Proceso interactivo de enseñanza-aprendizaje de mutua colaboración entre educadores y persona que tiene como objetivo educar.

**Hipoacusia.** Audición disminuida en la percepción de sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.

**Hipoxemia.** Disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.

**Tomografía.** Prueba de diagnóstico que utiliza rayos x para crear imágenes transversales del cuerpo en forma de cortes o secciones.

**Urgencia miccional.** Deseo intenso y súbito de orinar, con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento. Puede ser debida a múltiples causas: infección urinaria, diabetes, trastornos del sistema central como ictus, demencia, esclerosis múltiple.