



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a una persona del sexo masculino con alteración de
la movilidad y postura.

En base al modelo de Virginia Henderson

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Esther Ramírez Hernández

N° cta: 401087596

DIRECTOR DEL TRABAJO

Mtra. Gandhi Ponce Gómez.

México, Octubre del 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mi Agradecimiento:

A mi Dios: "Mil Gracias" por permitirme conocer la vida .
Por mandarme un ángel lleno de luz, esperanza,
Y amor ; *Mi Madre*.

Por es dicha de compartir cada momento
agradable y desagradable en el trayecto de mi
preparación y mas al lado de mi familia.

Por mandarme un ángel extra a mi llegada
Mi Hermana Alejandra que hasta ahora me mantiene
Con su amor y atención; siempre al pendiente
de mis demandas.

Por esa pareja tan tenaz y fuerte , llena de
de amor *Mi Alvaro*.

Por cada profesor que pusiste en mi camino y
Ayudarles a instruirme ,llegando a culminar
este momento.

Por mi profesora mas preciada y admirable,
Gandhy Ponce ,gran amiga y excelente profesora.

Gracias mi Dios por estas personas y muchas más;
He tomado de cada una lo mejor ,brindándoles de mi
Lo mismo .Te pido las bendigas y estés al pendiente
De ellas como lo estuviste hasta ahora de mi.

De igual forma gracias a cada persona que ha
estado a mi lado fortaleciéndome como profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.	3
II. OBJETIVOS	5
III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.	6
IV. MARCO TEÓRICO:	8
4.1. Enfermería	8
4.2. Cuidado	9
4.3. Proceso Atención de Enfermería	11
4.4. Ventajas del Proceso de Enfermería	14
4.5. Propuesta teórica del modelo de Virginia Henderson.	15
4.6. Fisiología esquelética.	20
4.7. Fisiología muscular	21
4.8. Deformidades congénitas y adquiridas de la rodilla.	21
4.8.1. Genu Varum	23
V. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	25
5.1. Presentación del caso.	25
5.2. Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson.	26
5.3. Plan de atención de enfermería.	36
5.4. Plan de alta.	47
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	50
VII. GLOSARIO	52
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	55

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina apasionante en la que ante todo, se produce una relación de comunicación entre personas, una transacción de valores y compromisos mutuos, una relación de cuidado. Se trata de una labor profesional en la que se exige a la enfermera (y obviamente también al individuo con necesidades alteradas) una excelencia no solo técnica, de habilidades intelectuales de pensamiento y toma de decisiones, sino sobre todo humana.

La relación entre enfermera paciente ha de estar basada en primer lugar en el reconocimiento del otro como persona única y valiosa ; en segundo lugar, la implicación de la enfermera en el proceso de atención, por la preocupación del otro; en tercer lugar, la libertad del paciente para participar activamente en la relación y retomando los postulados de Henderson, para lograr su *Independencia*.

La expresión palpable del cuidado se concreta en la competencia técnica, basada en una formación de tipo teórico-metodológica y en un entrenamiento de habilidades y destrezas prácticas y la capacidad moral o virtud humanas, que se inspira básicamente en la sensibilidad ante el sufrimiento y en la atención de regímenes terapéuticos la competencia organizativa y de trabajo o resolución efectiva de situaciones cambiante. En el nivel del comportamiento moral se influye el preservar la dignidad humana en situaciones de dolor y crisis, proporcionar compañía y consuelo y comunicación a través del tacto, de la palabra, de la presencia, guiar y ayudar a los pacientes en la integra a su entorno habitual.

El proceso de atención de enfermería que ahora nos ocupa, en general, es una herramienta metodológica para organizar mental y físicamente el cuidado de enfermería. Brinda la oportunidad de visualizar y diagnosticar necesidades particulares en el individuo, familia o comunidad, creando una comunicación

interpersonal con el paciente, llevando una calidad y continuidad en el cuidado, así la enfermera llevará a cabo las intervenciones de acuerdo al problema de salud planteado y su reintegración al núcleo en un estado óptimo de independencia y de calidad de vida.

En el presente trabajo se incluye en su segundo capítulo los objetivos generales y específicos que se persiguen al integrar y ejecutar dicho proceso; y en el capítulo III se describe brevemente la metodología para la selección del caso y la obtención de información, así como el modelo teórico usado.

El marco teórico se encuentra ubicado en el IV capítulo, el cual describe lo que es el Proceso de Atención de Enfermería así como sus etapas, el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El Plan de Atención se incluye en el capítulo V integrando un plan de alta para su reintegración al núcleo familiar.

En los capítulos VI y VII se encuentran las conclusiones, sugerencias y las referencias bibliográficas.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un individuo adulto con alteración de la movilidad y postura en base al Modelo de cuidados de Virginia Henderson teniendo como fin la recuperación de su salud e independencia.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1 Valorar al adulto en forma holística basados en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson tomando como elementos principales la observación, comunicación, relación; para detectar las necesidades afectadas.
- 2 Identificar los problemas reales y potenciales en el individuo a través de la valoración de las necesidades.
- 3 Lograr que el paciente contribuya a definir y valorar los objetivos así como las intervenciones de para su bienestar ya sea a corto, mediano o largo plazo enfermería
- 4 Estructurar un plan de cuidados para su adecuada y oportuna aplicación procurando así el restablecimiento de la salud del paciente.
- 5 Integrar un plan de alta que considere las oportunidades del paciente y la familia de continuar la independencia de sus necesidades en su hogar.

III. METODOLOGÍA

Lugar: El PAE se aplicó en el servicio de Urgencias de adultos en la clínica Miguel Hidalgo.

Tiempo: Diciembre de 2006 a marzo de 2007.

Unidad de análisis e Implementación del P.A.E.: Paciente adulto de edad media con 56 años de edad , quién tenia principalmente alteradas las siguientes necesidades :Mantener la posición adecuada ,oxigenación ,Eliminación, descanso y sueño y evitar peligros.

Valoración: Se decidió seleccionar al paciente en función de que él tenía gran inquietud y preocupación al no comprender el por que de la deformación de sus piernas y aquel malestar que de lo sorprendía tan de repente con un fuerte dolor de cabeza y epistaxis en fosa nasal derecha, por lo que se le aplico el instrumento de Valoración de las 14 necesidad de Virginia Henderson.

Diagnostico : La valoración inicial así como las entrevistas subsecuentes (3, planificadas) lograron la enunciación de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las etiquetas de la NANDA y al formato PES

Planeación :En esta etapa se priorizaron los diagnósticos tomando en cuenta cuales eran los mas importantes ,una vez identificados estos se fijaron objetivos ,se hablo con el paciente y se elaboró un plan de acciones tendente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud.

Ejecución: En esta fase se puso en práctica el plan y se siguió recopilando información del paciente para determinar a tiempo si habían surgido nuevos problemas .

Evaluación: Se determinó como funcionó el plan de cuidados y si era necesario planear enseñanzas programadas o incidentales que fueran solucionando tanto sus dudas como sus necesidades de capacitación para su propio cuidado en casa.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Enfermería

Como profesión, la enfermería establece un cuerpo bien definido de conocimientos y experiencias. La base del conocimiento de enfermería constituye estructuras conceptuales orientada a la investigación y educación. Los conocimientos en la disciplina de enfermería se expresan como modelos y teorías conceptuales proporcionando información y guía para proporcionar el cuidado desde el enfoque de cada autor, sobre: Definición de enfermería, prácticas de enfermería; así como sus principios metas y funciones .

a) Metaparadigma.

El Metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos : persona, entorno, salud y enfermería.

1.Persona: Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros ,incluyendo sus componentes físico, espiritual ,psicológico y sociocultural, este puede ser un individuo ,familia o comunidad.

2.Entorno: Se refiere a todas las condiciones internas y externas ,las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

3.Salud: Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona .

4.Enfermería: Se refiere a la actividad caracterizada y atribuida por el individuo que proporciona el cuidado enfermero.

b) Teorías.

Las teorías con una serie de conceptos relacionados entre si proporcionan una preexpectativa sistemática de los fenómenos, con el fin de describir, explicar o predecir éstos.

Razones para la Teoría

- . Proporcionan conocimiento necesario para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.
- . Proporciona autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación y las labores de investigación de la profesión.
- . Favorece el desarrollo de la capacidad analítica, estimula el razonamiento, clarifica los valores y los supuestos determina los propósitos del ejercicio profesional, educación e investigación de la enfermería.

Los primeros trabajos se basaron en el análisis, razonamiento y argumento lógico para identificar los fenómenos de la enfermería y las teorías existentes hasta la fecha .A fines de los 80 s y 90 s resurgió la filosofía de los teóricos en la enfermería humanística considerándola como ciencia y arte.

4.2. CUIDADO.

Desde el comienzo de la vida se ha presentado la necesidad de cuidar a los ancianos, a los niños y a los enfermos, para lograr que la vida pueda persistir, que los demás pudieran continuar sus actividades y sacar adelante a un grupo o población. No se trataba del oficio o profesión de cuidar, simplemente alguien se preocupaba por otra persona y le brindaba lo que necesitaba.

En general el cuidado tiene dos orientaciones uno es el de preservar la vida para nacer, crecer, reproducirse, y el otro es el enfrentamiento a la muerte, donde

indudablemente todo ser humano ha de llegar, causándole a él miedo y a su familia temor y angustia .Es larga la historia del cuidado donde hace su aparición en las aldeas con campesinos, agricultores, cazadores, o hasta en la guerra, donde tuvo vital papel.

También se ha reconocido el papel de la mujer como cuidadora, hasta convertirse en una profesión, que es la Enfermería.

El cuidar es ante todo un acto de vida, de lo que entendemos que se debe promover la salud para continuar la vida, realizar actividades cuando ya esta instalada la enfermedad y prevenir recaídas, donde todas ellas tienen como objetivo el conservar y continuar la vida .

El cuidar antes de ser un objeto propio de enfermería, lo es de uno mismo, todo ser humano se cuida a si mismo siempre que se sea independiente, autónomo, aunque de la misma forma aquella persona autónoma brinda cuidados a quien depende de él. La necesidad de ser cuidado es mayor en el recién nacido, disminuye un poco con la etapa escolar, es mucho menor en la adolescencia y en la adultez, se debe estar preparado para ser autónomo.

Existen los cuidados de costumbre y habituales: “care”, que se refieren a las funciones de conservación y prolongación de la vida; y los cuidados de curación: “cure”, que incluyen aquellos que tratan de restaurar la salud en caso de presentarse fuentes de dificultad.

Brindar cuidados no solamente implica seguir órdenes, o realizar actividades empíricamente, es participar en un plan de tratamiento y atención para la recuperación de un ser humano; así como el cuidar tiene un fin, se debe buscar la manera mas organizada para brindar el cuidado, para que sea factible de realizar y eficaz para el paciente, lo cual se vea reflejado en la evolución positiva del

paciente hacia la independencia, en la disminución del rol de suplencia de la enfermera, con la mayor participación y preocupación de la familia por su paciente, en la comunicación detallada y eficaz con el equipo de salud, etc.

4.3. El Proceso de Atención de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante un alteración real o potencial de salud ;es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona necesita de cuidados de salud y esta reciba el mejor cuidado posible de enfermería.

Las Etapas del Proceso de Atención en Enfermería son cinco:

Valoración. Durante esta fase es necesario reunir la información (datos) a fin de identificar los problemas de salud reales o potenciales.

Diagnostico. Se encuentran muchas aceptaciones para Diagnóstico de Enfermería, entre ellas “que es el juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración de enfermería” *(Gebble y Lavin 1975). Para Gordón (1976) el diagnostico describe una relación entre los signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales.

Es el momento en que el profesional se asegura de que la información que se ha recopilado es correcta para proceder a analizarla. Esto significa que debe estudiar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos: identificar problemas/ diagnósticos de enfermería reales o

potenciales, identificar la causa, etiología de tales problemas, identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas, determinar que problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuales requieren asesoramiento de otros profesionales.

De la misma magnitud que fijar los diagnósticos de enfermería es preponderante priorizarlos ya que de ello dependerá un cuidado integral y eficaz para la salud, recuperación o rehabilitación del paciente. Para priorizar los problemas de dependencia se debe tener en cuenta:

- Una necesidad cuya satisfacción pone en peligro el estado de homeostasis del paciente
- Una necesidad cuya satisfacción entraña un fuerte desgaste de energía.
- De una insatisfacción que puede comprometer seriamente la seguridad del paciente.
- De una necesidad cuya insatisfacción determina un grado importante de dependencia.
- De una insatisfacción de una necesidad que repercute en otras.
- De una necesidad cuya insatisfacción perjudica el confort del paciente.
- De una insatisfacción que puede repercutir en la percepción personal de la dignidad del cliente.
- De una necesidad cuya insatisfacción es importante a los ojos del cliente y para la cual tiene la motivación de actuar.

Planificación. Una vez identificados los problemas, estará en condiciones de sentarse a conversar con el paciente y elaborar un plan de acción tendente a eliminar o reducir dicho problema y promover la salud. El plan debe de incluir los siguientes aspectos:

- Establecimiento de prioridades, problemas que son mas importantes.
- Fijación de objetivos, que se pretende conseguir y cuando.

-Prescripción de actividades de enfermería, que acciones de enfermería / actividades del paciente ayudarán a alcanzar los objetivos que ambos han establecido .

-Anotación del plan de cuidado de enfermería, las demás enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados que ha confeccionados, así como los objetivos que estos persiguen.

Planear significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se debe de tomar.

Al planear se deben de definir objetivos que conscientemente deben ser redactados en función del paciente y no de intervenciones de enfermería. Por lo que un objetivo del paciente es “una afirmación amplia acerca de un cambio esperado o deseado en su estado después de que es objeto del cuidado enfermero”.

Un siguiente paso es definir las intervenciones, debemos recordar que según Virginia Henderson el Rol de la Enfermera en un proceso de cuidado es un Rol de Suplencia, es decir que la enfermera suple lo que el cliente no puede hacer por si mismo para satisfacer sus necesidades y corregir su problema de salud. Por lo que analizamos que nuestro Rol en un momento dado es alcanzar la independencia del paciente por medio de las intervenciones de cuidado.

Ejecución. Llevar a la práctica el plan seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y como responde el enfermo a sus acciones, y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería .

Evaluación. Se debe de determinar como ha funcionado el plan de cuidados y si es necesario inducir en el alguna modificación plantéese las siguientes preguntas ¿Ha alcanzado usted y el paciente los objetivos propuestos durante la fase de planificación ? ¿Se deberían fijar otros objetivos ? ¿Qué factores han permitido que el plan resultara eficaz?

El grado de dependencia de un paciente puede ser variable, por lo que antes de ejecutar nuestras acciones debemos medir este nivel y ajustar nuestra ayuda a la necesidad del paciente.

A medida que su estado evoluciona favorablemente, la zona de intervención del cliente se va ensanchando, y la zona de suplencia de la enfermera debe irse reduciendo.

Las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, cada una depende de la precisión de la etapa que le ha precedido.

4.4. VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA.

- Proporcionan una educación sistemática en enfermería. Hoy en día las escuelas de enfermería tienen el compromiso de orientar su formación en un concepto teórico con el fin de fortalecer la práctica del futuro profesional. Quienes se encuentran laborando día a día les permite fortalecer su esquema de conocimientos por el análisis e investigación.
- Otorga un Desarrollo Profesional. Al evaluar constantemente su intervención permite identificar logros, obstáculos del cuidado, propicia a la investigación y el análisis, el Proceso es susceptible de critica y mejoría, lo que fomenta el desarrollo profesional.

- Prevención de acciones legales. Hoy en día el registro de enfermería del paciente es un documento médico-legal que permite evaluar la intervención de enfermería y dar soporte cuando se cumple con la atención. Una omisión o documentación errónea puede traer consecuencias legales.
- Calificación y Responsabilidad. El proceso de enfermería da cabida a enfermeras calificadas y responsables para valorar, analizar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados del paciente o pacientes asignados.

VENTAJAS PARA EL PACIENTE.

- Calidad en la atención del paciente. La intervención es planeada para cubrir las necesidades individuales del paciente, familia o comunidad, su evaluación continua permite adaptar constantemente nuestra intervención.
- Otorga continuidad en la atención. Un plan de intervenciones permite al resto del equipo de salud conocer los logros, estadios o retrocesos en la atención del paciente y no puede ser cambiado por simple análisis, debe ser un continuo de la situación del paciente.
- Permite la participación de los pacientes. Al interactuar la enfermera con el paciente un objetivo es hacerlo partícipe de su cuidado, lo cual lo debe comprometer en su restablecimiento.

4.5. Propuesta Teórica del Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson (nació en 1887 Kansas City ,Missouri, Falleció el 19 de Marzo de 1996),se graduó en 1921 en la Army School of Nursing, en 1926 fue galardonada con el BS y el grado de MA en educación de enfermería por el Teachers Collage ,de la Universidad de Nueva York . Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar .

En 1955 Henderson publicó su definición de enfermería en el libro llamado *The Principles and Practice of Nursing*, de esta manera quería explicar la función de enfermería, desarrolló su definición basándose en las ciencias de la filosofía, medicina, psicología y física .

Henderson postula que la única función de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo en la decisión de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, actividades que pudiese realizar por sí mismo, si tuviera la fuerza, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia con estas definiciones estructura lo siguiente :

1. Persona (necesidades básicas)
2. Salud (independencia ,dependencia ,causas de dificultad)
3. Rol profesional (cuidados físicos de enfermería ,relación con el equipo de enfermería)
4. Entorno(Factores ambientales ,factores culturales).

Para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería es necesario saber de que partes consta ,de acuerdo al modelo de Henderson maneja 14 necesidades que son las siguientes :

1. **Respirar:** Captación de oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar en gas carbónico producido por la combustión celular.
2. **Beber y comer:** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente, para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. **Eliminar:** deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4. **Moverse y mantener una buena postura:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas
5. **Dormir y descansar:** Debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. **Vestirse y desvestirse:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) par proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento.
7. **Mantener la temperatura corporal** dentro de los limites normales: Mantener una temperatura mas o menos constantes.
8. **Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos:** Conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. **Evitar los peligros:** Protección de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.
10. **Comunicarse con sus semejantes:** Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
11. **Actuar según sus creencias y valores:** Hacer gestos, actos conformes a su noción sobre el bien y el mal y de la justicia, y de la persecución de una ideología.
12. **Ocuparse para realizarse:** Llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. La gratificación que recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. **Recrearse:** Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. **Aprender:** Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.

Desde un punto de vista holístico, el estudiar por separado cada una de estas necesidades, no es el ser humano en su totalidad, sino una parte real de la persona, por lo que es necesario la interacción de cada una de estas necesidades en la valoración del estado individual como un todo, que nos lleva a determinar el grado de satisfacción, independencia y dependencia.

SALUD

Todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales, con los que buscan y tratan de lograr la independencia para la satisfacción de sus necesidades en forma continua y de esta manera mantener el estado óptimo de la salud. Cuando no es posible aparece una independencia que se debe a tres causas: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

- 1 Independencia: Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas (lleva a cabo las acciones de acuerdo a su edad, etapa, desarrollo y situación)
- 2 Dependencia: Se considera por dos tipos.
 1. Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.
 2. Puede ser que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para lograr las satisfacciones de las necesidades.

Los criterios de dependencia e independencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de la persona .

Causa de la dificultad .Son obstáculos o limitaciones personales o del entorno , que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades .

1.-Falta de fuerza : Fuerza es la capacidad físicas o habilidades mecánicas del individuo y la capacidad para llevar acabo las acciones adecuadas a la situación y determinadas por el estado emocional ,estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual .

2.Falta de conocimientos :Relacionada a las cuestiones esenciales de la propia salud y situación de la enfermedad ,propia de la persona (auto conocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos .

3.Falta de voluntad :Es la capacidad o limitación de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades .

ROL PROFESIONAL

Los cuidados básicos son las acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su propia función, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el grado de dependencia identificado en la persona . Henderson nos dice que este es el aspecto de su trabajo ,de su función que la enfermera que la inicia y controla en el que es dueña de la situación.

De acuerdo a la relación de los cuidados básicos y el concepto de necesidades básicas afirma “los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado de un análisis de las necesidades comunes ,sin embargo varían de acuerdo a como cada persona interprete su necesidad “.

Henderson analiza la contribución de las enfermeras al trabajo en equipo multidisciplinario y dice “e la planificación y ejecución de un programa global”, afirma que el paciente debe de considerarse como la figura central.

ENTORNO

Henderson menciona unas veces en forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (Familia, Grupo, Cultura ,Aprendizaje ,Factores Ambientales),para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

De acuerdo a estas necesidades nosotros nos apoyamos para realizar el P.A.E por lo que se facilita la identificación de los problemas para mejorar la salud y el estilo de vida del paciente .

4.6. Fisiología Esquelética

El hueso es un tejido conectivo especializado, que junto con el cartílago, constituye el sistema esquelético .Estos tejidos poseen tres funciones :

- 1)Mecánica: como soporte y sitio de inserción muscular para la locomoción .
- 2)Protectora: De los órganos vitales y de la medula ósea .
- 3)Metabólica :Como una reserva de iones ,especialmente de calcio y fosfato para mantener la homeostasis serica ,que es esencial para la vida .

La matriz orgánica del hueso esta formada principalmente por colágeno y también por proteínas no colágenas .Los cristales de hidroxapatita se unen a los dos tipos de proteína . La mayoría de los componentes de la matriz ósea son sintetizados y secretados por los osteoblastos .

El hueso es remodelado durante la vida por la secuencia activación-reabsorción - formación (ARF) mediante la cual las acciones cotidianas de los osteoclastos y osteoblastos reemplazan el hueso viejo por hueso nuevo .

4.7. Fisiología muscular.

Los músculos tienen una función conjunta con el sistema esquelético en la movilidad y protección del cuerpo. Las funciones del músculo son: Produce movimiento, Generan energía mecánica por la transformación de la energía química (biotransformadores), dar estabilidad articular, servir como protección, mantenimiento de la postura, propiocepción, es el sentido de la postura o posición en el espacio, gracias a terminaciones nerviosas incluidas en el tejido muscular.

Otras funciones más específicas del tejido muscular son:

- Información del estado fisiológico del cuerpo, por ejemplo un cólico renal provoca contracciones fuertes del músculo liso generando un fuerte dolor, signo del propio cólico.
- Aporte de calor, por su abundante irrigación, por la fricción y por el consumo de energía.
- Estimulante de los vasos linfáticos y sanguíneos, por ejemplo la contracción de los músculos de la pierna bombean ayudando a la sangre venosa y la linfa a que se dirijan en contra de la gravedad durante la marcha.

4.8. Deformaciones Congénitas y adquiridas de la Rodilla.

Al evaluar las deformaciones que afectan la rodilla se puede considerar “congénita” si se presentó en o antes del nacimiento, o “adquirida” cuando su presencia se manifiesta después de una estructura normal en el nacimiento, las deformaciones se pueden agrupar en las siguientes categorías :

1. Falla de la diferencia del tejido, con la del cartílago para avanzar hacia el hueso.
2. Falla de los elementos óseos para fusionarse en un estado maduro esperado, por ejemplo la patela bipartita .
3. Estructura supernumeraria.
4. Deformación en el hueso mismo, como osteogénesis imperfecta o

arqueamiento congénito .

La displasia del hueso (desarrollo anormal del tejido) se considera una variante congénita ,aunque también tiene causas bioquímicas ,hormonales y metabólicas .

Esta distrofia y displasia están bien comprobadas .La mayor parte son raras y pocas las que solo afectan ala rodilla ,Sin embargo afectan a la rodilla en conjunto con otras anormalidades generales en el niño que esta creciendo .

La displasia se describe como un trastorno en el desarrollo del hueso y es intrínseca a éste .La distrofia se define como desarrollo defectuoso del hueso que producen que producen por factores extrínsecos como anormalidades metabólicas o nutricionales. La disostosis es desarrollo anormal producido por un defecto en el tejido ectodérmico o mesenquimatoso.

En todos estos padecimientos ,las extremidades en general se deforman y se acortan produciendo marcha anormal .La rodilla, además de afectar la longitud de la extremidad ,también puede estar implicada en la alineación de la extremidad ,ósea ,varus, valgus o recurvatum (lo cual denota una curvatura hacia adentro ,hacia fuera y hacia atrás ,respectivamente ,en relación con la línea media).

Genu valgus, genu varum , genu recurvatum y la torsión tibial o femoral son las deformaciones mas frecuentes observadas en la niñez .Hay preocupaciones de los padres por la marcha anormal, la posición o la apariencia .Aunque es habitual que estos padecimientos sean congénitos o familiares ,también se pueden padecer después de una lesión o puede ser secundaria a enfermedades sistémicas.

4.8.1. El genu varum

Es una anomalía de la alineación de la pierna en la que las rodillas están ampliamente separadas cuando los pies están juntos y los maléolos del tobillo están en contacto. Este padecimiento se denomina de manera común pierna en arco. FIGURA 1



Todos los lactantes normales al nacimiento o lactancia tienen algún grado de Genu varum. El padecimiento persiste en los tres primeros años, gran parte del varus es aparente más que real y resulta de la distribución normal de la grasa en el muslo, la posición de las piernas que los pañales gruesos provocan y el andar temprano de los niños obesos.

El padecimiento aparente se agrava con la coexistencia de la torsión tibial o

femoral .

El genu varum también puede ser resultado de una fractura del fémur, traumatismo de la placa epidural , parálisis debido al enfermedad de la neurona motora inferior ,defecto de la cadera o puede ser solo hidropático .

El arqueo fisiológico es simétrico y afecta tanto la curvatura de la tibia como la del fémur .

Las radiografías de este padecimiento muestra en general engrosamiento cortical del lado interno (cóncavo) de los huesos .

Aunque la mayor parte del genu varum se produce por partes fisiológicas ,por deficiencia de vitamina D ,osteogénesis imperfecta ,lesión de la epífisis o neurofibromatosis.

El tratamiento es mediante abrazaderas .Se puede construir una abrazadera larga para la pierna que tiene tres puntos de presión para corregir el valgus (o varus en manera invertida).

V. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

El presente PAE se realiza a un adulto mayor internado en la Clínica Miguel Hidalgo "Particular" en el Servicio de Medicina Interna el cual ingresa el día 08 de Diciembre del 2006 a las 19:30 hrs; siendo la fuente de información el mismo paciente y su esposa .Cuyo resumen valorativo es el siguiente :

El Sr. G. B es un adulto mayor de 62 años de edad con un peso de 83 Kg. Y 1.66 mts. De estatura; nació el 29 de Junio de 1944 es originario de Tulancingo Edo. Hidalgo, residente de la colonia San Juan D.F Delegación Tlalpan. Su condición laboral es vigilante de unidad habitacional y Trabaja en División del Norte, los miembros significativos de su familia son sus hijas. Su religión es Evangélico , con un estatus económico medio .

El señor G.B acude al servicio de esta institución por un padecimiento de 14 años de evolución según este refiere con dolor en ambas rodillas que cada vez aumenta mas y mas a la de ambulación de tipo ardoroso intenso ,con irradiación ante el ejercicio proximal de tibia; hace mención también de que este no se le controla con analgésicos comunes, este padecimiento ha evolucionado desde hace tres años rápidamente con dolor cada vez mas intenso hasta ahora motivo de su consulta en esta institución.

Dentro de la institución se trata al paciente y se indican analgésicos mas potentes como el Naproxen y Diclofenaco, para ayudar a disminuir el dolor mientras los médicos planean la mejor forma de intervenirlo, en este caso quirúrgicamente ya que es la mejor opción para este paciente.

Cuando se indica ingresar al paciente, se procede a la toma de signos vitales se detecta la presión alta (160/100) y continuo monitorizándola para poder verificar

si este paciente es hipertenso o no ,ya que en su historial clínico no hay mención alguna de esto por lo que es importante el rescatar datos a través de un interrogatorio, después de éste me di cuenta de que padece hipertensión arterial desde hace tres años así que proseguí a tomarle la presión.

También se trata al paciente y se relaciona todo esto debido a que este es una persona obesa (83 Kg.).

5.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1. OXIGENACIÓN

Al valorar la necesidad de Oxigenación se observa al paciente conciente orientado actualmente (09 de Noviembre del 2006) TIENE UNA TEMPERATURA DE 36.6 °C ,el pulso es de 84 x´, respiración de 22x´ y una T/A 140 /90 ,no refiere dificultad para respirar ni dolor alguno ,menciona que cuando tenia 20 años empezó a fumar de 3 a 5 cigarros al día ,dejando de fumar a los 35 años ,actualmente esta con ligera palidez de tegumentos ,hidratado, con movimientos torácicos, movimientos de amplexión y amplexación ,ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo no presenta alteraciones en el aparato circulatorio ,ni presenta várices ,hace mención de que ahora que ha sentido intenso dolor en ambas rodillas tiende a cansarse mas rápido y se agita mas ,su estado de animo así como el tipo de clima no afectan su respiración ,no tiene conocimientos sobre una respiración correcta ,ni conoce técnicas que la mejoren ,no ha tenido antecedentes de problemas respiratorios .

2. NUTRICIÓN

En la necesidad de Nutrición e Hidratación el paciente menciona que habitualmente come frutas según la temporada y de todo tipo de verdura y legumbres ,come 2 o 3 veces al día, cena solo té con un pan ,ya que si cena mas a veces no puede dormir por dolor de estomago, refiere que no come lentejas ya que le causan dolor de estomago y diarrea ,actualmente no come carne roja por que no le apetece, solo come pollo y pescado .No menciona alguna alergia algún alimento ,hace un mes le duelen las piernas y siente que ha disminuido su fuerza muscular ,sus dientes son amarillos y presenta ausencia de primer molar derecho superior y presenta caries en el primer incisivo derecho superior y tiene las mucosas orales hidratadas.

Actualmente presenta nauseas y perdida del apetito ,refiere que las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y la bebida influyen un poco ,ya que cuando presenta dolor e incomodidad en su cuerpo no le apetece tanto la comida como cuando se siente bien sin dolor ,su religión no le prohíbe nada en cuanto a la alimentación ,toda su familia es de estatura media y complexión obesa, habitualmente come con su familia en el comedor de su casa ,las ultimas 72 horas ha comido verduras, frutas ,atole de avena y caldo de pollo ,toma dos litros de líquidos al día en los que incluye jugos y agua natural por que le agrada ,a veces tiene problemas para preparar sus propios alimentos debido a su insuficiente movilidad ,si conoce las necesidades e alimentación e hidratación y los alimentos en relación con la edad y la actividad ,no conoce del todo los factores que favorecen su digestión y asimilación por lo cual solo hace mención de algunos; come despacio, mastica bien los alimentos toma agua ,frecuentemente se acuesta después de cenar ,hace tres años pesaba 10 Kg. mas con su padecimiento los disminuyo debido a que no le apetece comer como antes.

3. ELIMINACIÓN

Refiere defecar a veces una vez al día, si come fruta y verdura dos veces, sus heces son de color amarilla ligeramente obscura sólida y poco duras; la orina es de color amarilla ligera casi clara sin color sin olor desagradable micción de 5 a 7 veces al día dependiendo la cantidad de agua que tome aproximadamente 110 a 150 ml por micción .Nunca ha presentado problema alguno de riñones, menciona que desde hace 6 años aproximadamente presenta dolor de cabeza, mareos al acudir a clínicas o consultorio le detectaban presión arterial de 140/90 pero solo se la trataban por el momento y no le dieron el manejo alguno ,ni conocimiento tenia de padecerla alta ,las emociones así como su entorno no influyen en su patrón de eliminación ya que su eliminación siempre ha sido igual ,el abdomen se presenta globoso con presencia de heces fecales con cicatriz umbilical, perístalsis y ruidos intestinales presentes, la vejiga urinaria se palpa vacía ,se siente poco satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación ,ya que quisiera evacuar mas y con heces mas blandas pero no puede ,a veces sus cambios y abusos de algunos alimentos modifican su eliminación ,en cuanto medidas medicamentosas de ayuda menciona que su esposa le prepara un té de ciruela pasa ,para cuando le cuesta evacuar ,ya que este padecimiento le afecta por que a veces se alcanza a lesionar un poco el ano y le sangra ,su auto imagen y su auto concepto no es afectado por los problemas de eliminación ya que menciona que casi no suda y si suda aun así no huele mal.

4. TERMORREGULACIÓN

En la necesidad de Termorregulación refiere que a veces se adapta a la temperatura aunque por las tardes cuando esta fresco el día usa suéter, ya que le da un poco de frío. La temperatura que le agrada es la templada, el paciente menciona que cuando hace frío se da un masaje en los pies con pomada de manzana, suficiente con este para regular la temperatura corporal (según su

creencia), también menciona que toma bebidas calientes y su ropa es la adecuada dependiendo del clima ,también refiere que las emociones no afectan su necesidad de termorregulación ,ya que siempre conserva la misma temperatura conforme al clima que haya.

5. MOVILIDAD Y POSTURA

En cuanto a la Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura su capacidad física es mínima para hacer algunas actividades por que se cansa y presenta dolor en ambas rodillas ,en su tiempo libre se dedica a dormir o leer, permanece casi siempre parado o sentado por que así lo requiere su trabajo (es vigilante de unidad habitacional),ahora que esta enfermo (hospitalizado) permanece todo el día en la cama por lo que se considera una persona sedentaria ya que el cree que la actividad es importante por que hace que uno se sienta activo y útil ,refiere no tener una buena capacidad muscular por que se siente débil y no tiene mucha fuerza ,no aguanta hacer actividades pesadas y de gran actividad ,al caminar mantiene una postura alineada ,para la de ambulación necesita ayuda de un bastón, al caminar demasiado le duelen las piernas y las rodillas ,nunca ha presentado temblores ,sabe como hacer ejercicios pero no los realiza lo cual no influye en sus emociones ni en sus creencias y valores de comunicación ,al momento se encuentra decaído y preocupado por la posible cirugía que se le practicara en alguna rodilla.

6. DESCANSO Y SUEÑO

En la Necesidad de Descanso y Sueño el paciente duerme en su cama acompañado de su esposa de 23:00 a 6:00 hrs. lo cual duerme aproximadamente 7:00 hrs. Y descansa de 12:00 a 13:30 hrs. ,Descansando por lo general 1:30 hrs. Para conciliar el sueño por las noches tarda por lo general 1:00 hora .En ocasiones cuando el dolor es muy fuerte padece insomnio por lo que es necesario tomarse algún analgésico para que seda el dolor y éste

pueda conciliar el sueño logrando así descansar y al levantarse sentirse menos tenso y mas descansado ,no presenta ojeras ni bostezos ,sus ojos presentan ligera leve hinchazón y expresan preocupación por la posible cirugía .Le molesta el ruido excesivo cuando va a empezar a dormir o esta durmiendo ya que este lo desconcentra y despierta totalmente, pero al conciliarlo lo hace profundamente ,después de sufrir dolor y sedarlo le da mucho sueño .cuando esta tenso por alguna molestia de dolor que no se pueda controlar le gusta platicar con los vecinos de diversos temas ,rara ves tiene pesadillas .

7. VESTIDO

Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas, el paciente se viste de acuerdo a su edad ,el escoge su ropa ,se viste y se arregla solo utilizando ropa completa ,limpia y adecuada, usa cinturón y gorra como accesorio ,ya que no tiene otro objeto significativo ,no tiene problemas en cuanto al espacio para guardar su ropa limpia y/o sucia ,para él la ropa es importante por que su trabajo requiere de constante comunicación con las personas que viven en el condominio por lo que necesita ir limpio presentable y con ropa cómoda, piensa que en sus creencias religiosas así como el modo de vestir no tiene nada que ver con las personas ,sabe cuando usar ropa adecuada según la ocasión y el clima ,aunque cuando esta molesto pone menos empeño en su arreglo personal en comparación de cuando se siente completamente bien, le desagrada tener que vestirse frente a personas extrañas ,ahora que esta en la clínica tiene que usar el camisón, prenda que le desagrada.

8. HIGIENE

En la necesidad de Higiene y protección de la Piel se baña diario de preferencia por las tardes de 14:00 a 16:00 hrs ,aplicándose crema corporal después de este ,se lava los dientes tres veces al día ,se lava las manos antes y después de comer ,así como antes y después de ir al baño ,y después de hacer actividades

sucias; se lava las orejas en el baño y después del baño se limpia con cotonete los oídos ,tiene un cabello y cuero cabelludo normal ,con presencia de canas ,las uñas de las manos se encuentran en buenas condiciones ,las de los pies se encuentran bien a excepción del índice derecho; esta uña se encuentra un poco quebradiza y nace chueca ,pero el paciente menciona que es a causa de que hace 20 años le piso el dedo un caballo y hasta el momento la uña nace mal ,pero no tiene molestia alguna, las orejas y la nariz se encuentran dentro lo normal ,así como los ojos café oscuro ,su piel es ligeramente hidratada elástica de color tez morena clara sin presencia de ninguna lesión dérmica ,hay ligera presencia de pequeñas manchas negras en cara y brazos ,comenta que tiene buena cicatrización ya que los pequeños accidentes que a tenido en su vida (cortadas y raspones) le han cicatrizado rápido y sin infección ,al igual que cuando perdió su dedo pulgar de mano derecha a causa de un machetazo que recibió de un agresor cuando tenia 23 años ,la cual tuvo buena cicatrización ,no presenta halitosis ni mal olor corporal, menciona que le agrada el baño por la tarde ya que así se mantiene mas despierto y a la vez relajado ,no tiene ninguna creencia religiosa o personal que le impidan llevar acabo esta practica higiénica ya que para él la limpieza es lo primero para la salud y conservarse sanos ,aquí en la clínica se siente un poco mal en cuanto al baño ya que siente incomodidad por el lugar y por su estado que no le permite tanta movilidad debido al dolor.

9. EVITAR PELIGROS

En la Necesidad de Evitar peligros el paciente vive en su casa de dos niveles con piso de cemento ,paredes de tabique y loza aplanados ,en el primer piso tiene 4 recamaras donde viven sus hijos y en la planta baja tiene cocina - comedor ,estancia y su habitación con baño (cubierto de azulejo ,regadera ,w.c con pasa manos y lavabo con agua fría y caliente) con ventana en baño y ventanal en su recámara lo cual favorece buena ventilación e iluminación el ambiente de la recamara y la casa en general es fresco ,su familia de pertenencia la componen 6 personas :su esposa ,sus tres hijas de 13 años,18

años y 21 años, un hijo de 26 años y él , y las de referencia son 10 personas; ante una situación de urgencia reacciona con aparente tranquilidad ,aunque las situaciones de tensión las manifiesta enojado con los demás motivo por el cual prefiere apartarse para no afectarlos ,ahora que se ha sentido incapacitado ha reflexionado mucho acerca de la vida y la salud las cuales van de la mano y ha puesto mas atención en la propia y la de su familia por lo que piensa que seria bueno visitar periódicamente a centros de salud para el control de enfermedades y evitarlas ,si conoce las medidas de seguridad y prevención de accidentes en el hogar ,en el trabajo y en la calle , él y su familia ya que saben que hacer en caso de temblor, sismo, incendio (quemaduras)y ,golpes ó lesiones graves ;etc ,rara vez las ha utilizado y menciona que también vigila periódicamente las instalaciones hidráulicas, de gas y eléctricas para prevenir algunos en su trabajo y en su hogar .Conoce por parte de su hijo las medidas para prevenir enfermedades infecto contagiosas ,así como las de agresiones del entorno (tormentas ,rayos, inundaciones y fuego),pero rara vez las utiliza ,para él han sido difíciles los cambios que ha tenido en su vida a partir de la molestia de sus rodillas ,ya que no camina igual y al hacerlo no disfruta la vida como antes ,su familia se preocupa por su deformidad de las rodillas y han decidido someterlo a cirugía para su bienestar.

10. COMUNICACIÓN

En la Necesidad de comunicarse tiene 30 años de estar casado vive con su esposa y con sus 4 hijos ,tiene buena comunicación con sus hijos y esposa ;así como también con familiares , amigos y compañeros de trabajo ,comenta que a la persona que mas confianza le tiene es a su esposa ,ya que a ella es a quien le comenta sus angustias y temores y es la única que hasta el momento le ha ayudado a resolverlos ,casi no esta solo ,ya que casi siempre hay alguien en su casa o trabajo, aunque por el momento no trabaja por su estado ,posterior a este padecimiento piensa regresar a su trabajo ya que le agrada; aunque esta en su Casa sale a caminar por las tardes o a sentarse fuera de su casa y tiene contacto

social diario con vecinos o familiares que viven cerca de su casa ,habla y se expresa claramente, sin problemas de audición ni visión ,pertenece al grupo social de su religión “Grupo Musical Varonil”con el cual se reúne para cantar y tocar la guitarra los días :Miércoles ,Viernes , Sábados y domingos con horario de 17 :00 - 19:30 hrs.

Le agrada asistir ya que se despeja y se olvida de su malestar además de que disfruta las melodías que interpreta con sus compañeros ,no tiene problemas en cuanto a su entorno para comunicarse ,utiliza los mecanismos de defensa como la negación ,inhibición ,agresividad ,hostilidad como todas las personas ,se considera una persona cooperadora y reservada, expresa sus sentimientos y pensamientos dependiendo el estado de ánimo , para él ,el manifestar lo que siente u opina le sirve de descarga y también de relajación ,se siente a gusto en relación a sus logros en la vida y por lo tanto con él mismo ,si también con los demás ,casi siempre esta contento ,acude a fiestas cada vez que lo invitan ,se considera un padre normal ,sus hijos lo ven y lo tratan con respeto ;su familia espera que el Sr. G. B lleve acabo su tratamiento tal y como es. El paciente tiene un perro como mascota (Labrador) el cual lo acompaña cuando sale a caminar por las tardes ;en cuanto a sus necesidades sexuales nos comenta que se encuentra satisfecho..

11. CREENCIAS Y VALORES

En la Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores ,el Sr .G .B y su familia son de religión Evangélica por que creen que Dios solo hay uno , comenta que es Evangélico por que antes él y su esposa eran Católicos ,pero esa religión no les convencía del todo en cuanto a tanto Santo hasta que un día pasaron por donde estaba una iglesia Evangélica y decidieron pasar y escuchar ,predicación suficiente para tomar la decisión y congregarse con este grupo, sus principales valores de familia son la unión ,la salud ,el amor, el respeto y el amor a Dios ;los

valores para su grupo social y trabajo son la ayuda y la solidaridad, ya que si uno se ayuda con los demás el trabajo se desempeña mejor y mas rápido ,su religión no le ha provocado problemas personales ,en su casa tiene la Biblia ,su forma de pensar es congruente con su forma de vivir ,ya que lo que ha pensado y ha planeado lo ha llevado acabo ,el sentido de la vida para él es que “La vida hay que vivirla con amor y alegría todos los días ,dar amor para recibir ,para que cuando Dios nos llame acudamos a su presencia con seguridad y amor sin remordimientos o arrepentimientos”,no realiza ningún rito o comportamiento extraño relacionado a su religión ,para su muerte el prepara todo en relación a lo económico y a lo moral ya que no quiere preocupar a sus seres queridos y así disfrutaría mas la muerte “su descanso”.

12. TRABAJO Y REALIZACIÓN

En la Necesidad de Trabajar y Realizarse el Sr. G. B actualmente trabaja de Vigilante en una unidad habitacional, pero por el momento se encuentra incapacitado por su enfermedad ,no cuenta con seguro motivo por el cual acude a clínica particular ,pero menciona que a pesar de esto la persona responsable del lugar donde trabaja va a cubrir parte de los gastos ,lleva 6 años en ese trabajo, anteriormente trabajo como profesor de Filosofía en preparatoria particular “CAGC” de TLALPAN por 12 años ,pero lo despidieron sin motivo alguno y quedo fuera, busco trabajo para dar clases en otra escuelas pero por su edad ya no consiguió ,al notar su deformidad de rodillas decidió optar por este trabajo ,ya que era difícil encontrar otro en su situación tan notoria ,aun así se siente bien ya que dice que ahora enseña en su iglesia ya que es predicador y le causa gusto, no sabe cuando va a regresar a su trabajo ni si lo vayan a volver a colocar y le angustia, ya que dice sentirse bien en la unidad con sus compañeros de trabajo, se considera tranquilo y amigable, en dado caso de que se le termine el trabajo dice que su hijo que es Lic. en Derecho le prometió ayudar a emprender un negocio de librería ya que le gustan los libros y tiene ya dinero guardado más él que su hijo le de piensa que será suficiente para el negocio.

14. APRENDIZAJE

En la Necesidad de Aprendizaje no tiene problemas sabe leer y escribir ,le agradan las lecturas referentes a la historia de Jesucristo y en general de varios países y sus dirigentes ,tiene interés a resolver sus problemas de salud ,tiene buena memoria remota y resiente , le resulta mas fácil aprender cuando escucha y observa ,se encuentra angustiado por que considera que le deberían explicar mas acerca del procedimiento quirúrgico de sus rodillas y esto calmaría su angustia ,tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo ,pero considera que no son insuficientes por lo que necesita leer mas libros acerca de este tema ;en su comunidad a 15 minutos de distancia se encuentra una biblioteca ,a una cuadra una escuela primaria y a 5 cuadra se encuentran una aulas de SECOFI donde dan clases para adultos ,sabe como utilizar cada uno de estos lugares pero menciona que el requiere de mas ,así que lo encuentra en la biblioteca central de C.U.

5.3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico: Alteración de la oxigenación relacionado con obesidad manifestado por hipertensión arterial .

Objetivos:

- 1 Mantener niveles de tensión arterial dentro de los límites normales
- 2 Instruir al paciente acerca de los signos de alarma de la hipertensión arterial

INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>*Llevar acabo la vigilancia para evaluar el estrés y minimizarlo.</p> <p>*Observar en el paciente signos de alarma.</p> <p>*Medición diaria de la presión arterial del paciente en las mismas condiciones (de alimentación, descanso y hora).</p> <p>*Practicar la psicoterapia de apoyo observando las reacciones, aspecto y personalidad del enfermo a medida que se relacione con el personal profesional, visitantes; etc.</p> <p>*Observar reacciones secundarias que puedan pasarse por alto con facilidad, investigar :Incomodidad, nerviosismo, inquietud.</p>	<p>Se explica al paciente el significado de la hipertensión arterial ,los factores de riesgo ,y su influencia en el sistema cardiovascular ,así como también manifestarle que la hipertensión arterial es un problema de toda la vida y nunca se cura por completo solo se controla, se le insistió en las consecuencias de ésta, si no se controla ,por lo que es necesario llevar acabo una valoración periódica, ya que la terapéutica eficaz mejora la esperanza de vida y consecuentemente llevar acabo las visitas médicas ya que estas son obligatorias para un mejor control de esta . Se le brindo terapia conciliatoria con el paciente mismo a través de visualización donde el paciente mostró sus emociones y sentimientos a lo largo de la vida con él y con las personas que le rodea y que el aprecia ,con el fin de desahogar al paciente de vida pasada y ahora presente. Por otro lado se estimulaba al paciente para que tuviera mayor comunicación con familiares y personas cercanas ;a familiares se le recomendó el no alterar al paciente con preocupaciones o</p>	<p>La hipertensión es una enfermedad de regulación en la que se trastornan los mecanismos que controlan la presión arterial .Los principales mecanismos son el sistema nervioso central .El sistema presor renal (renina, angitensina y aldosterona) y el volumen de liquido extra celular .Aunque no se conocen las causas por las que fallan estos mecanismos .La explicación básica es que la presión arterial se eleva cuando aumenta el gasto cardiaco y la resistencia periférica . La ingesta baja o eliminación total de sal en los alimentos (sodio) ayuda a disminuir la presión arterial .Es importante reducir la hiperactividad estresante ya que se hace mención de que actúa sensibilizando el músculo liso estimulando los nervios simpáticos vasoconstrictores y el gasto cardiaco aumenta seguido de constricción arteriolar .Las prostaglandinas afectan los mecanismos que incluyen el sistema renina - angiotensina ,la excreción renal de sodio y agua y el tono de los músculos lisos vasculares . En la enfermedad vascular hipertensiva hay</p>	<p>*El paciente muestra estabilidad de la presión arterial ,según se muestra el control de la clínica en la cual estubo 15 días. Las tomas fueron en ambos brazos junto con la toma de pulso y respiración. Los resultados después de los 15 días hasta los tres meses de tratamiento se mantienen con las siguientes cifras: T/A B.D 120/90 T/A B.I 130/90 F,C 86 X´ F.R 25 X´</p> <p>*Corrige los factores de riesgo que se pueden controlar ,reduce el peso corporal ,cumple con el programa de ejercicio diario, reduce el estrés.</p> <p>*Cumple el régimen terapéutico al eliminar la ingestión de sodio , toma a sus medicamentos a la hora</p>

<p>*Explicarle al paciente el significado de la hipertensión, los factores de riesgo y su influencia en el sistema cardiovascular, enseñarle que el problema de la hipertensión es para toda la vida.</p> <p>*Desarrollar un plan de cuidados e instrucciones que llevará acabo el paciente en su casa cuando sea dado de alta.</p> <p>*Ajustar el estilo de vida en concordancia con los aspectos de la terapéutica.</p> <p>*Reducir el peso corporal , así como el sodio en los alimentos de 70^a 90 meg al día. Revisándose la sensibilidad del paciente a la restricción del sodio.</p>	<p>problemas fuertes ,que encontraran la forma el modo y el momento propicio para dar por enterado al paciente y no alterarlo. A la hora de comer el paciente de preferencia come junto a toda la familia ,la misma comida ,por el momento baja en sales ,sin salero en la mesa en platos medianos ,con un baso de agua solamente (el resto que serian 2 litros de agua distribuidos por el resto del día y una hora después de comer) consume una ves a la semana carne roja y pasta; de preferencia consume abundantes verduras crudas o al vapor y fruta de temporada ; lejana mente consume mariscos y pescado ya que por el alto contenido de sal le es imposible consumirlo mas seguido así como embutidos y carnes frías.</p>	<p>modificaciones de las arterias y pueden ser elásticas grandes (macroangiopatias) y de las arterias arteriolas musculares pequeñas (microangiopatía) .Es importante el correcto tratamiento de la presión arterial para evitar posibles complicaciones o alteraciones en el corazón u otro órgano (infarto al miocardio por insuficiencia cardiaca congestiva) Riñón: Insuficiencia renal . Cerebro: Cefalea, encefalopatía, hemorragia cerebral . Ojo: Edema de la papila o tumefacción de la papila óptica. El estrés emocional afecta en sistema nervioso central y puede incrementar el gasto cardiaco explicando el aumento de la resistencia vascular periférica . Al paciente el médico le receto la toma de captopril 25 mg. Tomar 1 cada 8 horas Diario (capoten) este medicamento es un inhibidor de la enzima de conversión de la angitensina que es un vasoconstrictor potente ,las ventajas de este medicamento es que es de alta potencia a la taquicardia y los efectos son poco frecuentes . Al pasar este medicamento a un paciente Enfermería debe de considerar el posible síndrome nefrotico (proteinuria) .Tener presente de que puede causar hipotensión grave si se usa junto con diuréticos. La perdida del gusto en un 7% de los pacientes es solo temporal y suele desaparecer sin que se suspenda el tratamiento .</p>	<p>correcta(6:00 - 14:00 - 22:00 Hrs.) se presenta a las citas de vigilancia y control medico .</p> <p>*El paciente cumple con el plan de cuidados y en un lapso de tres meses baja tres kgs. Se le informa al médico tratante y le parece buena la respuesta del paciente</p>
---	--	---	---

Diagnóstico: Alteración de la eliminación intestinal relacionado con poca ingesta de líquidos y fibra manifestado por estreñimiento.

Objetivos:

- 1 El paciente comprenderá la importancia de consumir mas liquido y fibra para favorecer su eliminación .
- 2 Cubrir la necesidad de llegar a tener evacuaciones fluidas y sin dolor.
- 3 El paciente sabrá en que momento puede hacer uso de diferentes tipos de laxante o en su caso de sediluvios para ceder la incomodidad y dolor en el área rectal.

INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>*Tomar como mínimo 10 vasos de agua al día.</p> <p>*Ingerir una dieta equilibrada y suficiente en verduras y cereales de fibra.</p> <p>*Valorar las quejas de dolor al evacuar .</p> <p>*Propiciar tiempo y privacidad al evacuar .</p> <p>*Administrar enemas con solución jabonosa por razón necesaria.</p> <p>*Realizar sediluvios para conseguir un efecto calmante en la zona rectal .</p> <p>*Determinar el uso de laxantes .</p>	<p>El paciente empezó a tomar las medidas indicadas para mejorar su alteración intestinal, estas fueron poco a poco hasta llegar a una consideración benéfica en dieta y agua ;el consumo de agua caliente por las mañanas en ayunas y las caminatas que da después de comer parece le favorecer su digestión y motilidad intestinal Se enseño al paciente a practicar el uso de sediluvios de árnica para disminuir un poco las molestias del recto.</p> <p>Los enemas solo se usaron por razón necesaria , al principio del tratamiento se le practico uno y al segundo día otro con solución jabonosa ,acompañado de una dieta blanda ,el consumo alto en fibra y agua natural por el lapso de 4 días para limpiar bien el intestino y empezar bien el plan de cuidados .Los resultados fueron favorables ya que se noto en el paciente ;hasta ahora (tres meses) el tratamiento ha funcionado a un 99% ya que rara es vez hay un poco de estreñimiento.</p>	<p>Aunque el estreñimiento puede ser síntoma de un trastorno grave ,se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos y fibras ,trastorno emocional o ciertos medicamentos. Por lo general estos síntomas mejoran con un alimentación adecuada y ejercicio. El corregir el tipo de dieta sirve para educar al paciente hacia un nuevo estilo de vida que le ayudara a su mejora ,esta debe de incluir abundantes líquidos y frutas secas (ciruela ,albaricoque ,manzana e higos),vegetales y cereales (integros (metamucil 1-2 cucharadas en medio vaso de agua cada 24 horas ,es importante la reducción del consumo de alimentos procesados y los de alto contenido en grasa ,sugerirle un vaso de agua caliente por las mañanas para favorecer la eliminación intestinal. otro aspecto importante es el ejercicio ya que éste ayuda a que los órganos se estimulen y trabajen armónicamente ,en este caso los intestinos favorecen la eliminación. Al valorar los ruidos normales de los intestinos (3 a 4) ,se obtendrá información acerca de la</p>	<p>*El paciente al notar los cambios en su cuerpo comprendió que la dieta ,el consumo de agua y la caminata son importantes para educar el cuerpo y en este caso corregir al intestino perezoso ,favoreciendo el transito y la eliminación o vaciamiento intestinal .</p> <p>* El paciente menciona la gran ayuda que le dieron los sediluvios en el área rectal para disminuir las molestias del recto cuando fue necesario ,así como los enemas (2 primeros días)que se le practicaron para iniciar bien esta terapéutica, al mismo tiempo se educó a la familia mostrando como practicar un enema y en que caso, así como los sediluvios.</p>

		<p>pero si hay gran resultado que con un poco mas de educacion para el cuerpo se notara un 100% de resultado.</p>	<p>motilidad intestinal para poder determinar la evolucion de las intervenciones. El enema es un conjunto de maniobras para inducir una solucion al intestino a través del recto con la finalidad de valorar el contenido intestinal con fines diagnosticos y terapéuticos hacia el paciente.</p>	
--	--	---	---	--

Diagnóstico: Riesgo de alteración del auto concepto ,debido a los efectos de la incapacidad sobre el logro de las tareas de desarrollo y el estilo de vida

Objetivos:

- 1 Que el paciente tenga la capacidad de expresar lo que siente acerca de la situación que esta pasando .
- 2 Lograr que el paciente tenga mayor acercamiento con sus familiares y allegados logrando que compartan sus sentimientos .
- 3 Lograr que el paciente participe en su auto cuidado.
- 4 identificar signos de adaptación del estilo de vida a las incapacidades.

INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
<p>*Ponerse en contacto con el paciente a menudo y tratarle de forma cariñosa ,afectiva y positiva .</p> <p>*Animar al paciente a expresar sus sentimientos y opiniones con respecto a : - Situación. Evolución. Pronostico. Efectos sobre su estilo de vida. Sistemas de apoyo . Tratamiento.</p> <p>*Proporcionar información exacta y clara sobre cualquier concepto equivocado.</p> <p>*Ayudar al paciente a identificar los aspectos positivos y posibles en nuevas oportunidades.</p> <p>*Ayudarle durante la higiene según sea necesario.</p>	<p>A los tres meses de tratamiento y aplicación del PAE hay un logro muy favorable ya que el paciente llega a comprender a través del afecto familiar y de amistades que él es importante para todos por lo que es y no por lo que puede hacer por los demás (refiriéndose a dar bienes materiales y económicos) idea errónea que tenía antes de llevar acabo el plan de cuidados; así también comprendió que es importante ser sincero y honesto con las emociones , así como el darías a conocer con las personas que quiere para que ellos lo comprendan y se acerquen mas a él ... "la comunicación en una buena familia es lo primero" .Este fue el primer gran paso de auto cuidado la expresión de sentimientos y posterior a esto se le educo al paciente como alimentarse, bañarse (sentado en una silla de plástico) y hacer actividad para mantenerse .</p> <p>Comprendió el paciente que probablemente</p>	<p>Los contactos frecuentes con enfermería indican una aceptación que puede facilitar la confianza. Es posible que el paciente dude establecer contacto con el personal, debido al concepto negativo que tiene de si mismo. Animar al paciente a compartir sus sentimientos puede proporcionar una expresión segura de los temores y frustraciones pudiendo aumentar la conciencia de si mismo. Es posible que el paciente tienda a fijarse solo en el cambio de imagen personal y no en los aspectos positivos que contribuyen al concepto global de la persona. La participación en los cuidados</p>	<p>*El paciente detecta los cambios en su estructura funcional y corporal a través de la aplicación del plan de atención .</p> <p>*El paciente comunica lo que siente y piensa acerca de la incapacidad "que es algo de él con la cual tiene que continuar su vida solo con la ayuda del plan modificarla lo mejor que se pueda y seguir viviendo y disfrutando cada día con uno mas retos".</p> <p>*El paciente participa en los cuidados personales.</p> <p>*La familia entiende el procesos de recuperación del paciente y participa para el bienestar del mismo.</p>

<p>*Fomentar las visitas. *Ayudar al paciente a identificar estrategias para aumentar la independencia y conservar la responsabilidad del rol que asume. *Permitir que las personas allegadas al paciente expresen lo que sienten con respecto al diagnostico y efectos reales o previstos. *Buscar signos de respuesta negativa a los cambios en el aspecto externo : Negarse a comentar la perdida . -No reconocer los cambios . -Menor capacidad de auto cuidado. -Negarse a hablar del futuro. * Remitir al paciente de riesgo para asesoramiento profesional.</p>	<p>se atrase su cirugía debido ala alteración de la presión arterial y al elevado costo de la cirugía en la clínica ;pero para no alterarlo se le canalizo al Centro Nacional de Rehabilitación Hospital de salubridad que le dio una cita en la cual lo valoraron y le recomendaron el uso de rodilleras por cinco meses mas , agregados a este la dieta y sus medicamentos de control de presión arterial y para el dolor en caso necesario las pastillas de Diclofenaco o en caso necesario una inyección de Ketorolaco, con cita abierta a urgencias en caso necesario; por lo que al tener el paciente un panorama mas amplio en opciones a su tratamiento sabe que no debe de inquietarse ya que es comprometedor para su salud, el someterlo a cirugía es una decisión aun lejana ya que el médico especialista en rodilla menciona rehabilitación primero (debido al avance que se obtuvo en el plan de cuidados por parte de su enfermera acompañante) y posterior a esto se le valorara para ver si es necesario someterlo a cirugía o no dependiendo como siga evolucionando en esas condiciones.</p>	<p>personales y la planificación puede facilitar el afrontamiento positivo. Las visitas frecuentes de los allegados pueden ayudar a que el paciente piense que aun tiene un valor ,que le aceptan como persona que es y que debe de fomentar un concepto personal positivo. Un importante componente del concepto de uno mismo es la capacidad de realizar las funciones esperadas al rol personal disminuyendo así la dependencia y la necesidad de la participación de los demás. La lesión en ambas rodillas puede afectar negativamente al aspecto psicológico ,económico ,social y emocional de la persona . Estos signos indicarian que el paciente corre riesgo de una mala adaptación. La terapia de seguimiento puede estar indicada para facilitar la adaptación.</p>	<p>*La familia y el paciente entienden la explicación médica y aceptan la espera para notar la evolución con el plan de cuidados y de ahí tomar la decisión u opción de otro tratamiento. * Se nota en el paciente mayor tranquilidad y evolución en su tratamiento.</p>
---	--	---	---

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionada con la disminución de tono muscular manifestado por debilidad muscular ,dolor en ambas piernas y adinamia.

Objetivos:

- 1 Conservar la fuerza y el tono muscular del paciente.
- 2 Conservar o recuperar la independencia de las actividades de la vida diaria en cuanto sea posible.
- 3 Prevenir la degeneración del tono muscular.
- 4 El paciente comprenderá que debe evitar esfuerzos como el cargar cosas pesadas.

INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>*Mantener lubricada la piel del paciente.</p> <p>*Observar la circulación periférica .</p> <p>*Realizar junto con el familiar ejercicios activos que ayuden a conservar la circulación .</p> <p>*Sugerirle al paciente el uso de rodilleras .</p> <p>*Pedirle al paciente identifique en que momento aparece el dolor ,si hay alguna causa o no y que grado de intensidad tiene.</p> <p>*Utilizar frío y calor en las zonas de dolor.</p>	<p>Primero que nada se observaron las radiografías en compañía del médico especialista en ortopedia para rectificar el Diagnostico .El médico receto al paciente analgésicos para tratar el dolor y ordeno reposo y de ambulación según las necesidades y el alcance del paciente sin forzarse para evitar el dolor y edema en las piernas y rodillas . Se le mostró al médico tratante el plan de cuidados para informar y ver si estaba de acuerdo el médico y no alterar su tratamiento del paciente , el médico estuvo de acuerdo con el plan de cuidados ,solo agrego que el paciente no cargara cosas pesadas y que el paciente usara rodilleras al caminar para evitar mayor deformidad ,edema y dolor en ambas rodillas y piernas .</p>	<p>El deterioro de la movilidad es el estado en que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una limitación del movimiento físico intencionado /independiente .El uso de rodilleras en ambas rodillas le ayudara al paciente a que estas ejerzan presión en las rodillas y este a su vez tenga mejor movimiento para que a la de ambulación con las rodilleras y la ayuda del bastón haya mayor seguridad .Al informar el paciente que tipo de dolor tiene ,(sordo ,agudo ,continuo ,pulsátil,</p>	<p>*El paciente logro aliviar el dolor ya que con la ayuda de las rodilleras mantenia mejor postura y mayor seguridad al caminar .</p> <p>*Por las mañanas 30 minutos después de desayunar llevaba acabo la sesion de ejercicios preparados , y nuevamente los repetia por las noches antes de cenar. El paciente evoluciono favorablemente en un lapso de 2^a 3 meses , al caminar ya tenia mas seguridad pisaba con mas firmeza, caminaba mas erguido y se notaba en el paciente mayor seguridad en su persona.</p> <p>*Los efectos de la terapia de fomentos de agua caliente para el dolor y edema fueron favorables para el fin, agregados que como se aplicaron por las noches antes de dormir ,se sugirió al paciente bañarse con agua caliente y colocarse bajo la regadera sentado en una silla aplicándose en rodillas y piernas el agua caliente por 10 min. ,favoreciendo esto a su vez el</p>

*Dar masaje corporal posterior a la aplicación de calor y frío.

terebante ,con radiaciones ,dolorimiento)su localización , características y después de que actividad presenta el dolor ;el médico y la enfermera tratante pudieron encontrar que tipo de dolor presenta el paciente y la causa de este para intervenir ayudando a cederlo y favorecer el descanso en lo zona afectada .Se procedió a educar al paciente para que lleve acabo ejercicios que contribuyan a la mejora mecánica, respiratoria y circulatoria del cuerpo por lo que se sugiere al paciente ejercicios que debe de hacer en casa con la ayuda de un asistente . *

descanso y sueño del paciente.

* Las medidas indicadas se llevaron acabo y el paciente mejoro ,le ayudo tanto el calor que decidí comprarse una pomada (manzana),para esto se indico aplicársela después de bañarse dando masajes a su ves en la zona afectada y colocarse una calceta larga que cubra la zona ó vendaje flojo solo para mantener el calor, sustituyéndolas en las noches por las rodilleras .

* Se procedió a educar al paciente para que lleve acabo ejercicios que contribuyan a la mejora mecánica, respiratoria y circulatoria del cuerpo por lo que se sugiere al paciente ejercicios que debe de hacer en casa con la ayuda de un asistente los siguientes ejercicios dos veces al día por 15 minutos cada sesión ;recordar que el inspirar es tomar aire del exterior hacia los pulmones a través de las fosas nasales .Expirar es soltar el aire que inspiramos lentamente por la boca.

1) sentarse sobre una silla cómoda e inspirar por la nariz con boca serrada ,moviendo los codos hacia atrás , cuando llegue atrás traiga los codos hacia adelante expirando lentamente por la boca , repita estos movimientos 10 veces.

2) Flexione el cuerpo hacia adelante aproximando los codos hasta lograr contactar con las rodillas ,expirando profundamente , luego eche los codos hacia atrás e inspire lentamente .Repita estos movimientos 10 veces.

3) Sentado en una silla con una mano detrás de la nuca y la otra en la cintura inspire profundamente ,eche el codo hacia adelante expirando ,luego cambie de brazo .Repita la misma operación 10 veces en ambos brazos.

4) Flexione el cuerpo hacia adelante y tocar con el codo la rodilla opuesta ,expirando al mismo tiempo ,desplace el codo hacia atrás e inspire lentamente ,luego cambie de brazo y repita la misma operación .Repita estos movimientos 10 veces en ambos brazos.

5) Con los brazos y piernas en cruz inspire profundamente y lentamente baya bajando los brazos y cerrando las piernas expirando lentamente .Repita estos movimientos lentamente.

6) Coloque las manos en la cintura ,ambas rodillas juntas estírelas hacia adelante suavemente e inspire profundamente .mantener las rodillas por tres seg. elevadas y flexionar suavemente expirando .Repita los movimientos 10 veces .

7) Colóquese de tras de la silla e inspire y eleve la pierna derecha ,expire suavemente y la baja ,luego cambia a la pierna izquierda y así sucesivamente .Repita la misma operación en ambas piernas 10 veces.

8) Al final de la sesión sentarse sobre la silla e inspirar profundamente elevando los brazos y expirar suavemente bajando los brazos .Repita tres veces .

Hay ocasiones que los músculos están contracturados y un poco de ejercicio les ayuda a relajarse .En el caso de calor y el frío ayudan a relajar el músculo y favorecer un descanso ya que son agentes físicos que al aplicarlos en alguna zona del cuerpo producen cambios de temperatura ;por ejemplo el calor es un analgésico y produce vaso dilatación ,aumenta la permeabilidad capilar ,aumenta el metabolismo ,relaja los músculos ,incrementa el flujo sanguíneo y disminuye el dolor al relajar los músculos; el frío actúa como anestésico y produce vasoconstricción ,retarda el crecimiento bacteriano y disminuye el sangrado produciendo hemostasia ;ambos disminuyen el edema y el dolor ayudando al paciente a sentirse en mejores condiciones.

Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño relacionado con dolor en miembros inferiores manifestado por insomnio mantenido .

Objetivos:

- 1 -El paciente conocerá actividades que debe realizar para conciliar el sueño .
- 2 -Favorecer al máximo los periodos de descanso y sueño.
- 3 -Evitar al máximo ruidos u otras actividades que interrumpen o alteren el descanso y sueño del paciente.

INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>*Se le indico al paciente llevar a cabo la terapia de calor por las noches antes de dormirse bañarse con agua caliente y aplicarse calor en la zona afectada y posterior a esto aplicarse pomada caliente, cubriendo la zona con vendaje flojo ó calcetas solo para mantener el calor .</p> <p>*Posterior al baño tomar el medicamento indicado por el médico de ortopedia para aliviar el dolor .</p> <p>*Que el paciente lea un libro de agrado para que le ayude a despejarse de la actividad diaria y presiones .</p> <p>*Se le indica al paciente el uso de prendas adecuadas para dormir .</p> <p>*Evaluar al paciente cada tercer día para detectar a tiempo alguna inconformidad o alteración e Informar al médico tratante y enfermería para elaborar otro plan de atención en su caso.</p>	<p>Con el plan de cuidados que se le elaboro al paciente y la revisión periódica del plan se logro una mejoría vital del paciente ,ya que para iniciar un buen día es necesario el buen y provechoso termino del anterior a través de un buen descanso y sueno . Se mejoro la conciliación del sueño ,gracias a las medidas indicadas que llevaron acabo el paciente y familiares presentes ,los resultados fueron buenos logrando mejorar el habito de dormir . El paciente ahora menciona que trata de no dormirse por las tardes solo cuando se siente muy cansado ,y logra así mayor sueño y descanso por las noches.</p>	<p>La aplicación de calor por las noches ayuda a relajar los músculos con edema y favorece a la irrigación capilar de los mismos ,logrando la desinflamación y relajación .El masaje con pomada y el vendaje de la zona afectada, ayuda a mantener el calor del área evitando así se enfríe esta con el frío exterior y no sea alterando el sueño del paciente. El efecto de los medicamentos en su caso los analgésicos tienen una duración máxima de 4 (pico) a 6 horas por lo que es favorable tomarlos antes de dormir para que la horas pico sean mientras duerme y no despierte por presencia de dolor. *</p>	<p>*Al dar periodos prolongados de descanso y sueño se ha logrado mejor estado de ánimo por parte del paciente ,y así afrontar como mayor tolerancia la actividad física diaria .</p> <p>*Después de consultar al médico tratante se logro un alivio al dolor, ya que éste le receto un analgésico , logrando una mejor actividad diaria.</p> <p>*También se le recomendó escuchar música instrumental para mayor relajación ya que la música terapia al relajar la mente también relaja el cuerpo obteniendo mayor descanso; el paciente menciona que le agradaron mucho los CD (que le obsequie) que contenían melodías de Beethoven , tchaikovski y Clayderman ; él paciente no tenia estas melodías y menciono que eran de su agrado ;por lo que al parecer el paciente quedo satisfecho con el obsequio y el plan de cuidados.</p>

* Cansar la mente y llenarla con lectura de agrado del paciente , a su vez es vaciarla y despejarla de problemas o pendientes para conseguir una relajación plena y un descanso propio.

El uso de prendas adecuadas es necesario para favorecer el descanso y sueño ,en el caso del paciente es hipotérmico por lo que se le recomienda dormir con ropa de algodón o franela floja y que le proporcione comodidad y calor para garantizar el descanso y sueño.

Al favorecer los periodos de descanso y sueño se logra una tranquilidad ,hay menos presión ,mas tolerancia , paciencia al entorno y sobre todo el insomnio y el malestar general reducen.

Al evitar ruidos se logra un descanso mas eficiente y prolongado .

Es necesario mantener informado al médico responsable acerca de lo que sucede con el paciente para que este intervenga en alguna alteración y modifique el tratamiento ;el trabajar en equipo con el médico responsable ayudara a solucionar mejor el problema del paciente y a encontrar una evolución mas exitosa en paciente.

Al persistir las molestias existe el indicador de que la presencia del dolor no es simple y que hay que intervenir inmediatamente al paciente para evitar complicaciones.

5.4. PLAN DE ALTA.

***Dieta**

Blanda puede consumir de los tres grupos de alimentos, solo se le recomendó que fuera baja en grasas y con la mínima cantidad de sal y si se puede sin ella mejor, evitar bebida gaseosa ,frituras ,comida enlatada y evitar agregar condimentos a la comida ,consumir de preferencia agua natural (2 a 3 litros diarios)una hora antes o una hora después de cada comida.

Grupo I : 50% Cereales y Tubérculos .

Grupo II : 20% Leguminosas y Oleaginosas .

Grupo III: 30% Frutas y Verduras

***Fármacos**

Indicarle al paciente cuáles medicamentos le fueron recetados y los efectos que causan .

-Tomar 25 mg de captopril cada 8 horas (6:00- 14:00- 22:00 hrs.).Para disminuir la presión arterial .

-Tafirol Flex (Paracetamol-Cloroxazona) Tabletas 300mg - 250mg Tomar una tableta cada 8 horas .Al cesar el dolor o disminuir tomar una cada 12 horas. Medicamento que ayuda disminuir el dolor y la inflamación de articulaciones.

***Otras Medidas para Prevenir Complicaciones**

Es importante no cargar cosas pesadas, evitar realizar ejercicios bruscos que afecten su estabilidad y salud, no olvidar el chequearse diario la Presión Arterial. Explicarle que debe de tomársela sentado y de preferencia 5 minutos después de haber realizado alguna actividad ;con mayor razón si hay signos de alarma (cifras > 130/90) tomarla cada 20 minutos ,no olvidar tomar sus medicamentos en los horarios establecidos .

***Signos y Síntomas de Alarma.**

Explicarle al paciente síntomas de alteración de la presión arterial que son de alarma:

- 1 Si aun después de que se ha estado tomando los medicamentos en horarios establecidos llegara a presentar :
- 2 Sonido en los oídos .Dolor de cabeza constante.
- 3 Enrojecimiento de ojos.
- 4 Hinchazón de partes distales del cuerpo(piernas y brazos Edematizados) endurecimiento o cosquilleo de las mismas.
- 5 Dolor en el pecho ,mareos, escalofríos ,Sangrado por la nariz .Es importante que acuda al hospital por que es una **URGENCIA HIPERTENSIVA**.

En el caso del control del dolor de ambas piernas es importante que siga con el plan de cuidados y las medidas indicadas por el médico y enfermería (Toma de medicamentos) .Si aun llevando las medidas indicadas llegara a padecer dolor en la región de las rodillas endurecimiento e Inflamación acompañado de dolor de cabeza o fiebre y que persista por mas de tres días impidiendo la realización de sus actividades diarias .Es importante que acuda a cita abierta al Centro Nacional De Rehabilitación , con su Carnet y última receta expedida por el médico ,acompañado por un familiar a la hora que sea. No importa si es antes de la fecha señalada en su próxima cita .

***Próxima cita.**

Viernes 13 de JULIO del 2007 a las 10:30 hrs. en Consulta Externa con su Carnet . O en caso de ser necesario con su pase a cita abierta en urgencias.

***Aseo e Higiene .**

Se le recomendó bañarse diario por las noches para conciliar mejor el sueño y descanso. Cuando se sienta mareado exhausto o cansado de preferencia avisar a un familiar para que le asista en el baño y de preferencia que lo haga sentado en una silla.

VI. Conclusiones.

En la mayoría de los casos el hombre tiene una actitud ilógica y aberrante ante los problemas de salud y enfermedad. Pero por otra parte a través del funcionamiento fisiológico de su organismo, trata de mantener un equilibrio con los factores del medio optando por sus costumbres y hábitos inadecuados, como por la urbanización y la industrialización deficientes planeadas y por otros factores (demográficos, económicos y políticos), que han ido creciendo alterando las condiciones del medio físico y social perjudiciales para la salud.

Enfermería y el personal de salud en general tenemos la obligación y la responsabilidad de orientar a los individuos y a los grupos humanos para que modifiquen esos hábitos y costumbres y así evitar el deterioro del medio que origina a la vez graves riesgos para la salud y la vida.

Existen dos puntos dentro la organización social que creo que se deben de tomar con suma importancia para resolver y reducir gran parte de la enfermedad en nuestro país y son: la pobreza y la ignorancia; de las cuales se desencadenan graves problemas de salud ya que, la pobreza es causa de la deficiencia o mala alimentación ,de las condiciones inadecuadas de la vivienda ,de la falta de atención médica ,de problemas psicológicos y de conductas antisociales. Por otro lado la ignorancia frecuentemente acompañada de la pobreza tiene un severo impacto en la salud y la enfermedad, generando problemas psicológicos (estrés, violencia, depresión ;etc) en los individuos ,las familias y en la sociedad en general.

Ciertamente el personal de enfermería acompañado del personal de salud le es difícil eliminar y controlar muchos de los factores señalados que ponen en riesgo la salud del individuo y la sociedad en general .Pero también es cierto ,que tiene todas las herramientas para brindar oportunamente la atención necesaria y la responsabilidad de enfocar su acción educativa y preventiva hacia aquellos aspectos sociales que influyen negativamente a la salud y bienestar del paciente, la familia y la sociedad.

La relación de Enfermera -Paciente ,siempre aunado al contexto social ,cultural ,laboral y económico , hace presión para que el profesional de enfermería se actualice constantemente en esas áreas y con los previos conocimientos intervenga oportunamente con calidad y calidez hacia el paciente , independientemente de otros profesionistas y en su momento con ellos ,con la finalidad de crear confianza y seguridad en el primer contacto; obteniendo así la pauta para intervenir y brindar el adecuado tratamiento ,logrando resultados exitosos en la sociedad en general.

Como Licenciados en enfermería es necesario actuar con ética profesional y ese carácter humanitario, que es tan demandado, en el momento que estamos en contacto con el paciente , él cual , confía en los especialistas que lo intervienen en sus alteraciones de salud ,por lo que no esta demás brindar lo mejor de nosotros ,obteniendo a futuro una sociedad mas sana.

VII. GLOSARIO.

Accidente: Acción o suceso eventual que altera el orden regular de las cosas de modo involuntario del cual resulta daño para las personas o cosas.

Actividad física: Se entiende cómo cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que supone consumo de energía .

Alimento: órganos ,tejidos o secreciones de otras especies que contienen cantidad apreciable de nutrimento biodisponibles cuyo consumo en cantidad adecuada es inocuo .

Alimentación: Es el conjunto de fenómenos involucrados de la obtención por el organismo de las sustancias energéticas y catalíticas necesarias para la vida .

Arteria: Es uno de los vasos tubulares que conduce la sangre desde el corazón hacia los tejidos del organismo .Hay dos arterias con comunicación directa con el corazón: (1) la aorta que lleva la sangre oxigenada desde el ventrículo izquierdo a todo el organismo ,y (2) la arteria pulmonar que conduce la sangre desde el ventrículo derecho a los pulmones ,donde esta última se oxigena y regresa a la aurícula izquierda del corazón.

Cefalea: Dolor de cabeza .Es un trastorno frecuente pero menos del 1% de los casos se debe a una enfermedad grave .Este pequeño porcentaje incluye las cefaleas debido a conmoción cerebral, meningitis ,apoplejía ,o tumores cerebral.

Dolor: Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido.

Edema: Término que describe la acumulación de fluido en cualquier tejido ,cavidad u órgano corporal excepto el hueso :La acumulación en la cavidad pleural de denomina derrame pleural ;en el cráneo se denomina hidrocefalia y en la cavidad abdominal ascitis .El edema generalizado de denomina anasarca.

Enema: Conjunto de maniobras para inducir una solución al intestino a través del recto con el fin de mejorar el tránsito intestinal.

Enfermería: Profesional tratante de brindar asistencia y cuidados a uno o varios individuos .De modo mas específico cuida del enfermo ;su labor esta relacionado con el mantenimiento ,protección, prevención y promoción de la salud.

Estreñimiento: Evacuación intestinal infrecuente o difícil caracterizada por la emisión de heces secas y duras .Aunque el estreñimiento puede ser síntoma de un trastorno grave ,se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos o fibras, trastornos emocionales o ciertos medicamentos .

Fibra: Estructura de origen animal ,vegetal ,mineral o sintético parecida al pelo .Su diámetro no suele ser superior a los 0.05 cm .Las fibras se utilizan ,entre otras muchas aplicaciones ,en productos textiles y se clasifican en función de su origen, de su estructura química o de ambos factores.

Fisiología: Estudio de los procesos físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales .Estudia actividades tan básicas como la reproducción ,el crecimiento ,el metabolismo .la respiración ,la excitación y la contracción ,en cuanto que se llevan a cabo dentro de las estructuras de la célula.

Laxante: Fármaco que promueve o facilita la evacuación del intestino. En ocasiones se emplean otros términos como “purgantes”o “catártico” .

Metaparadigma: Componente de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermera ,es general y reúne propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y limitar el cuidado como objetivo de estudio.

Nutrición Humana: Ciencia que estudia los nutrientes y otras sustancias alimenticias y la forma en que el cuerpo la asimila .Solo es posible tener una idea aproximada de los complejos procesos que el nutriente experimenta dentro del cuerpo; como se influyen ,como se descomponen para liberarse en forma de energía y como son transportados y utilizados para reconstruir infinidad de tejidos especializados y mantener el estado general de salud del individuo.

Órgano: Parte diferencial del organismo animal o vegetal, con forma. Ubicación y función definida .Los órganos suelen estar compuestos por varios tejidos distintos .Algunos ejemplos de órganos vegetales son las hojas ,las flores o las raíces.

Proceso de Atención de Enfermería :Método sistemático de toma de decisiones que incluye Diagnostico, Objetivos, Intervenciones, Fundamentación ,ejecución resultados ,con el fin de obtener la resolución final de los problemas de enfermería del paciente .

Temperatura: Propiedad del sistema que determina si esta en equilibrio térmico. El concepto de temperatura se deriva de la idea de medir el calor o frialdad relativos y de la observación de que el suministro de calor a un cuerpo conlleva a un aumento de su temperatura mientras no se produzca la fusión o ebullición.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO LEFEVRE, Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, Tr. Maria Teresa Luis Rodrigo ,3era edición. Ed, Mosby-Doyma , Madrid,1996

BEHAR MOISÉS, Nutrición, 2da edición, Editorial Interamericana S.A de C.V.

BRUNNER, Manual de Enfermería, 4ta edición, Editorial Interamericana . Mc Graw-Hill, 1991, México, DF

ESPINO JORGE VELA, Introducción a la Cardiología. 13 edición , Editorial Manual Moderno de S.A de C.V ;1997,México, DF.

GUYTON . HALL, Tratado de Fisiología Médica ,Décima edición, Editorial Mc Graw Hill, 2001, México, DF.

HERNANDEZ CONEZA, Historia de la Enfermería , Editorial Interamericana Mc Graw Hill , Madrid, 1995.

KOZIER, Fundamentos de Enfermera, Editorial Interamericana, México, DF,1994.

LEDESMA PEREZ MARIA, Introducción a la Enfermería, Editorial Limusa S.A 200, México, DF.

UGALDE APALATEGUI MERCEDES, Diagnósticos de Enfermería NANDA, Editorial Masson, 1999 Barcelona.