



**SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS
A LA U.N.A.M.**



**“Proceso Atención De Enfermería aplicado a una
paciente con Osteomielitis en la Unidad de Ortopedia
del Hospital General de México”.**

**TESIS PARA OBTENER EL “TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA”**

PRESENTA:

RODRÍGUEZ OLGUÍN ARIANNA BERENICE

ASESOR:

LIC. MAYA MORALES JOSÉ MANUEL

Mayo 2011.



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.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis padres como agradecimiento al apoyo brindado durante estos años de estudio y como reconocimiento de gratitud al haber finalizado esta carrera, gracias a sus recursos por que sin ellos no se hubiera logrado.

A mi madre por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos, regaños, enseñanzas y amor.

A mi familia, por darme todo su apoyo y quererme sobre todas las cosas.

A mi asesora Lic. María Guadalupe Escobedo Acosta por su tiempo y apoyo brindado para concluir este Proceso Atención Enfermería.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
2. JUSTIFICACION.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 GENERAL.....	6
3.2 ESPECIFICOS.....	6
4. METODOLOGIA.....	7
5. MARCO TEORICO.....	8
5.1 PROCESO ENFERMERIA.....	9
5.1.1 DEFINICION.....	10
5.1.2 ETAPAS DEL PROCESO.....	11
5.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	14
5.2.1 VIRGINIA HENDERSON.....	15
5.3 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL ORGANO AFECTADO.....	21
5.3.1 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.....	22
5.3.2 FEMUR.....	23
5.3.3 OSTEOMIELITIS.....	25
6. DESCRIPCION DEL CASO CLINICO.....	29
6.1.1 FICHA DE IDENTIFICACION.....	30
7. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.....	31
7.1 RESUMEN DE DATOS RELEVANTES.....	32
8. ANALISIS DE DATOS.....	34
9. JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES AFECTADAS.....	36
10. CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	39
11. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	41
12. PLAN DE ALTA.....	46
13. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	48
14. GLOSARIO.....	50
15. ANEXOS.....	53
16. BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUCCION

La osteomielitis corresponde a la inflamación ósea con todas sus modificaciones neurohumorales, puede producirse como resultado de una infección bacteriana en la corriente sanguínea, denominada bacteremia o sepsis, que se propaga al hueso. Este tipo de osteomielitis suele afectar a los huesos largos como el fémur (hueso del muslo) o el húmero (hueso de la parte superior del brazo). En los adultos, la osteomielitis aparece a menudo en las vértebras de la columna. La causa de la infección sanguínea suele ser el estafilococo áureo, aunque puede ser otro tipo de bacteria u organismo fúngico.

La osteomielitis puede ser también el resultado de una infección cercana debida a una lesión traumática, inyecciones frecuentes de medicamentos, un procedimiento quirúrgico o el uso de una prótesis. Además, las personas que tienen diabetes que sufren ulceraciones del pie son más propensas a contraerla. En cualquiera de estos casos, el organismo tiene un portal de entrada directo al hueso afectado, para el tratamiento exitoso de las infecciones de hueso y tejidos blandos se requiere la remoción quirúrgica de todo el tejido no viable y detritos extraños. El tejido necrótico resguarda a las bacterias de los leucocitos y de las concentraciones terapéuticas de los antibióticos, en otros casos el tratamiento no es tan exitoso, se recurre a la amputación en donde el papel de enfermería es de gran importancia, ya que ella es la responsable de elaborar el plan de cuidados para proporcionar atención de calidad.

En el siguiente documento se da a conocer el caso clínico de una paciente con un diagnóstico de Osteomielitis que se encontraba hospitalizada en la Unidad 106 de Ortopedia del Hospital General de México donde se aplicaron las etapas del Proceso Atención de Enfermería (Valoración, Diagnósticos de Enfermería, Planeación Ejecución y Evaluación) así como también se utilizaron herramientas como Diagnósticos de enfermería (NANDA) clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) clasificación de los resultados de enfermería (NOC), teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson que maneja las catorce necesidades humanas básicas y fundamentales determinadas en etapas del ciclo vital existiendo en ella factores físicos, psicológicos y sociales.

Que estas serán herramientas básicas para la elaboración del plan de cuidados de enfermería teniendo en cuenta las necesidades afectadas de la paciente y así realizar un plan de alta.

JUSTIFICACION

El siguiente trabajo tiene como finalidad aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo del estudio de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el objetivo primordial al presentar este trabajo Proceso Atención de Enfermería es obtener el título de “Licenciado en Enfermería y Obstetricia” continuando así mi labor humanitaria que he venido desarrollando a lo largo de estos cinco años poniendo en práctica los conocimientos adquiridos para el bienestar en cada uno de los usuarios, la aplicación adecuada del “Proceso Atención de Enfermería”, mismo que utiliza las siguientes herramientas: (diagnósticos enfermeros) NANDA, (Resultados esperados) NOC, y la (clasificación de las intervenciones), NIC.

Dicho proceso fue realizado a una paciente diagnosticada con OSTEOMIELITIS a consecuencia de herida por proyectil arma de fuego en miembro Pélvico izquierdo dando como resultado la amputación de dicho miembro brindándole los cuidados necesarios de enfermería durante la estancia hospitalaria de la paciente.

Así también, se le mencionaron los cuidados y recomendaciones que deberá llevar a cabo en su domicilio para lograr con mayor facilidad su independencia y adaptación en primer plano a su familia y así poder lograr la adaptación a la ante sociedad.

OBJETIVOS

GENERAL:

- ◆ Aplicar los conocimientos adquiridos en la formación profesional para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería, en una paciente con diagnóstico de Osteomielitis, basado en el modelo de Virginia Henderson usando la trilogía NANDA, NOC, NIC.

ESPECIFICOS:

- ◆ Elaborar metodológicamente planes de cuidado en una paciente con un diagnóstico de osteomielitis, en el servicio de ortopedia.
- ◆ Orientar a la paciente y familiar acerca de los cuidados necesarios que se deberán llevar a cabo en su domicilio; así como aclarar las dudas que se le presenten.
- ◆ Establecer estrategias en las intervenciones de enfermería para la realización de un plan de alta

METODOLOGIA

Para establecer un plan de cuidados de enfermería es necesario identificar un problema real de salud que permita al profesional de enfermería relacionar las tendencias y teorías de enfermería que intervienen en el sistema del proceso de entrega del cuidado, es por ello que en este trabajo se elige desarrollar el modelo de Virginia Henderson; partiendo de las 14 necesidades básicas del ser humano, incluyendo algunos aspectos propios del entorno hospitalario que generan problemas y/o alteraciones en la satisfacción de las necesidades de la persona.

Se trata de la aplicación del método científico, pero sobre todo, aplicación de un método individualizado considerando para su desarrollo:

- Valoración inicial (Entrevista, observación, exploración física).
- Detección de necesidades alteradas mediante diagnósticos de enfermería u otras formas de formulación de problemas del paciente.
- Formulación de objetivos con el paciente.
- Planificación de intervenciones y actividades de enfermería
- Ejecución de las actividades ya planeadas.
- Registro de las actividades realizadas.
- Evaluación continúa
- Asignación informatizada del Plan de Cuidados en función del motivo de ingreso.
- Evaluación en cada día de estancia de la persona, ajustando el plan estándar.

Presentación de cuidados de acuerdo a la unidad de criterio, a través de los cuidados estandarizados en:

- Procedimientos, generales y/o específicos.
- Protocolos clínicos y/o técnicos de cuidados.
- Planes de Cuidados Estandarizados, orientados a las situaciones de salud más prevalentes en cada unidad de enfermería.

MARCO

TEORICO

PROCESO DE ENFERMERIA

DEFINICION

PROCESO DE ENFERMERIA.

“Es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. Sus objetivos son de identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades.

Esta basado en el método científico, herramienta que permite desarrollar conocimientos, habilidad y destrezas en la atención integral del paciente en sus áreas bio-psico-socio-espiritual, en el marco de proceso salud-enfermedad. Es considerado como una valiosa herramienta en el desempeño profesional de enfermería comprende una serie de pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de las respuestas humanas.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA:

- **TEMÁTICO:** Consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir sus propósitos.
- **DINÁMICO:** Se somete a cambios continuos y esta enfocado a respuestas cambiantes del paciente.
- **INTERACTIVO:** Se basa en relaciones reciprocas establecida entre la Familia – Paciente – Enfermera, así como otros profesionales de la salud.
- **FLEXIBLE:** Se demuestra en dos contextos; el Primero, el Adaptarse a la Practica de Enfermería en cualquier área de especialización que trate con individuos, grupos y comunidades. El Segundo; es que se Puede Ejecutar el Plan de Cuidados al Mismo Tiempo.
- **RESUELTO:** Va dirigido a un objetivo =”**RESOLVER EL PROBLEMA**”.
- **BASE TEÓRICA:** Parte de conocimientos, incluyendo las Ciencias y Humanidades, así como el hecho de que se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería, siempre y cuando sean sustentados en el Método Científico.”¹

¹ Susan Leddy y J. Mae Pepper; Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional ed; JB Lippincott Company Filadelfia.

“ELEMENTOS DEL PROCESO ENFERMERO:

- **CLIENTE:** Individuo, Familia o Comunidad, que participa en forma activa en todas las fases del método.
- **ENFERMERA:** Persona que requiere de capacidades Intelectuales, Técnicas y de Relación y la Información Actualizada para aplicar el Método Enfermero.
- **MÉTODO:** Hacer un análisis de las 5 fases, es decir, **VALORACIÓN, DIAGNOSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.**

OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Establecer una base de datos sobre el paciente.
- Identificar problemas de salud reales y/o potenciales.
- Identificar las necesidades de cuidados.
- Establecer planes de cuidados para resolver problemas identificados.
- Determinar prioridades de los cuidados, objetivos y resultados.
- Determinar la eficacia de los cuidados con respecto de los objetivos.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- **VALORACIÓN**

Se define como el proceso organizado y sistemático de la obtención de datos, lo que permite estimar el estado de salud del paciente, familia y comunidad.

A partir de un enfoque holístico; es decir, un modelo de enfermería para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas (Rodríguez S. 2002).

- Recolección de datos del paciente, los cuales se organizan en dos grupos:
- **Datos objetivos:** Son observaciones o determinaciones hechas por la persona que recoge los datos.
- **Datos subjetivos:** Son percepciones del paciente acerca de sus problemas de salud. Únicamente el paciente puede proporcionar esta clase de información.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

“En 1973 surge un grupo de enfermeras integrado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes quienes responden al reto de identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería del cual nace la **N.A.N.D.A.** (North American Nursing Diagnosis Association).

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay. La **NANDA** (2003) reconoce dos tipos de diagnósticos:

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Riesgo: Un diagnóstico de riesgo (describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.

En caso que la clasificación de la **NANDA** no enuncie el problema en términos de riesgo, la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedido por el término "Riesgo".²

- **PLANEACIÓN**

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para conducir al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

PASOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Establecer prioridades
- Problemas de salud en los cuales se debe centrar mayor atención.
- Planteamiento de objetivos (resultados esperados).
- Determinar objetivos que guíen la actuación de la enfermera. Estos deben especificar:

TIPOS DE OBJETIVOS

A CORTO PLAZO: Un objetivo a corto plazo es aquel que espera conseguir en un corto periodo de tiempo, habitualmente menos de una semana

A MEDIANO PLAZO: Un objetivo a mediano plazo es aquel que se espera conseguir durante un periodo aproximado de dos semanas.

LARGO PLAZO: Un objetivo a largo plazo es aquel que se espera conseguir durante un periodo de tiempo más prolongado habitualmente semanas o meses.”

² Betty J: Ackley Manual de Diagnosticos de Enfermeria, 7° Edición, Madrid- Barcelona- Amsterdam, ED. Elsevier

NOC

“La traducción de la sigla **NOC**, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería).

La **NOC** es una sigla definida como *"Estado del cliente después de una intervención de enfermería."* (Johnson y Maas, 2000).³

EJECUCIÓN.

Es la aplicación del plan de cuidados diseñado de manera individual para el paciente incluyendo a su familia, con el fin de dar solución a los problemas de salud detectados.

La puesta en práctica del plan no es solo actuar sino que hay que ejercer el pensamiento crítico y la reflexión sobre lo que se está haciendo

EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados lo que determinará la eficacia y efectividad de las actuaciones, existen dos tipos de evaluación:

- Logró de objetivos
- Reevaluación del plan de cuidados de enfermería.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología y las medidas estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. Convertido en un equipo de investigación en la universidad de Iowa, la clasificación se puede utilizar por los clínicos, los estudiantes, los educadores, los investigadores, y los administradores en una variedad de lugares clínicos, educativos, y de la investigación.

La comprensión de los resultados, y la inclusión de los indicadores específicos que se pueden utilizar para evaluar y para clasificar al paciente en lo referente al logro del resultado, hacen este libro un recurso inestimable para las enfermeras clínicas y los estudiantes.”

³ www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm

FILOSOFIA
DE
"VIRGINIA HENDERSON"



VIRGINIA HENDERSON

“Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Esta teórica de enfermería **incorporó** los principios *fisiológicos* y *psicopatológicos* a su concepto de enfermería.

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

Los Elementos Del Paradigma De Virginia Henderson son:

ENFERMERÍA: Es una ciencia, arte y disciplina que tiene como función la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla, o en todo caso a un bien morir.

SALUD: Es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

ENTORNO: Esta constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etcétera) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

PERSONAS o (PACIENTE) Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales, que están interrelacionadas. Lo anterior permite conceputar a la persona como unidad bio-psico-socio-cultural-espiritual.

Los postulados sobre los que se basa el modelo de “Virginia Henderson” se refería a las necesidades básicas de los seres humanos, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales. Se observan una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por ABRAHAM MASLOW que se le considera el iniciador de la tercera fuerza de la psicología.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una de las necesidades que de insatisfecha no esta completa, entera y no es independiente.

Partiendo de la teoría de las necesidades Humanas clásicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparan todos los seres humanos, puede no satisfacerse por falta de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital existiendo en ellas factores, físicos psicológicos y sociales.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de juego y actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Los 3 niveles de intención y rol que la enfermera tiene con el paciente.

- Enfermera como sustituta del paciente.
- Enfermera como Auxiliar del paciente.
- Enfermera como Compañera del paciente.

Características de las intervenciones

- Consecuencias
- Base Científica
- Individualización
- Ambiente seguro y terapéutico
- Oportunidades de Enseñar
- Utilidad de los recursos apropiados

Las causas de la dificultad, son los obstáculos o limitaciones del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, y son:

- Falta de fuerza
- Falte de conocimientos
- Falta de voluntad

Grados de dependencia

El grado de independencia es considerado de acuerdo a las características, específicas de cada persona las cuales varían según los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Todo ello a su vez modifica sensiblemente el criterio de independencia considerado como parámetro de normalidad en cada caso concreto.”⁴

- Dependiente
- Parcialmente Independiente
- Independiente

⁴ Marriner, Ann Raile, Martha; Modelos y Teorías en Enfermería 2003 5ª edición edit Mosby

MEDICAMENTOS

“AMIKACINA

La amikacina es un antibiótico semisintético del grupo de los aminoglucósidos, derivado de la Kanamicina, de acción bactericida.

La amikacina se absorbe rápidamente tras la administración intramuscular. En adultos con función renal normal, a la hora de la inyección intramuscular de 250 mg (3.7 mg/Kg), 375 mg (5 mg/Kg) y 500 mg (7.5 mg/Kg), las concentraciones séricas máximas son de 12, 16 y 21 mg/ml, respectivamente. Con función renal normal, un 91.3% de una dosis I.M. se excreta sin cambios en la orina a las 8 horas, y el 98.2% a las 24 horas. Las concentraciones medias en orina durante 6 horas son de 563 ug/ml tras una dosis de 250 mg, 697 mg/ml tras una dosis de 375 mg y 832 mg/ml tras una dosis de 500 mg. Las dosis usuales producen concentraciones terapéuticas en diversos líquidos del organismo que fundamentan su utilización en las indicaciones que se señalan.

Dosis únicas de 500 mg (7.5 mg/Kg) administradas a adultos normales, en perfusión durante un período de 30 minutos, producen unas concentraciones séricas máximas de 38 mg/ml al finalizar la perfusión, y niveles de 24 mg/ml, 18 mg/ml y 0,75 mg/ml a los 30 minutos, 1 hora y 10 horas después de la misma, respectivamente.

El 84% de la dosis administrada se excreta en la orina a las 9 horas, y aproximadamente el 94% dentro de las 24 horas. Infusiones repetidas de 7.5 mg/Kg cada 12 horas en adultos normales son bien toleradas, sin producirse acumulación. La vida media sérica es un poco más de 2 horas, con un volumen de distribución total aparente de 24 litros (28% del peso corporal).

La amikacina se manifiesta activa "in vitro" frente a los siguientes microorganismos:

- Gram-negativos: Especies de *Pseudomonas*, *Escherichía coli*, especies de *Proteus* (indol-positivos e indol-negativos), especies de *Providencia*, especies de *Klebsiella-Enterobacter Serrana*, especies de *Acinetobacter* (*Mima-Herellea*) y *Citrobacter freundii*.
- Gram-positivos: Especies de Estafilococos productores y no productores de penicilinas, incluyendo cepas resistentes a la Meticilina. No obstante, la amikacina es poco activa frente a otros Gram-positivos: *Streptococcus pyogenes*, Enterococos y *Streptococcus pneumoniae* (*Diplococcus pneumoniae*).

INDICACIONES y POSOLOGIA

La amikacina está indicado en el tratamiento de corta duración de las infecciones bacterianas, simples o mixtas, causadas por cepas sensibles de los microorganismos antes citados, tales como: Septicemia (incluyendo sepsis neonatal), Infecciones severas del tracto respiratorio. Infecciones del sistema nervioso central (meningitis). Infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis. Infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos y en quemaduras. Infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario, cuyo tratamiento no sea posible con otros antibióticos de menor toxicidad.

Antes de iniciar el tratamiento con amikacina es aconsejable realizar un antibiograma, previo aislamiento e identificación del germen causante. Cuando la gravedad del proceso lo requiera y el cuadro clínico permita sospechar una infección por gérmenes sensibles a la amikacina, puede iniciarse la terapéutica con el antibiótico ya antes de conocerse el resultado del antibiograma. Si la gravedad de la infección puede suponer un riesgo vital, podrá estar indicada una terapéutica inicial simultánea de ambos de acuerdo con la gravedad del cuadro infeccioso y el estado general del paciente.

En la sepsis neonatal esta terapéutica concomitante puede estar indicada en infecciones debida a microorganismos Gram-positivos, tales como *Streptococcus* o *Pneumococcus*. Si se sospecha además la presencia de organismos anaerobios, debe considerarse la posibilidad de administrar simultáneamente la apropiada terapéutica antimicrobiana antianaerobia con la amikacina.

La dosis, vía, pauta de administración, se establecen según la gravedad de la infección, la sensibilidad del germen infectante, la edad, peso y estado general del paciente. La amikacina puede ser administrado por vía intramuscular o intravenosa. La vía intravenosa se reserva en general para situaciones especiales.

REACCIONES ADVERSAS

Aunque el riesgo de reacciones tóxicas es bajo en los pacientes con función renal normal que reciben amikacina en las dosis y durante los períodos recomendados, se han descrito las siguiente reacciones adversas:

Nefrotoxicidad: se ha comunicado albuminuria, presencia de glóbulos rojos y blancos, cilindros, azotemia y oliguria.

Ototoxicidad sobre la audición y vestibular, puede aparecer en pacientes tratados con dosis altas o durante un período más largo que el recomendado.

El riesgo de ototoxicidad con amikacina es mayor con pacientes con alteraciones renales, siendo la sordera en las frecuencias altas la primera en aparecer, detectándose por audiometría. Puede aparecer vértigo y poner en evidencia una alteración vestibular.

Otros efectos secundarios que en escaso número pueden presentarse son: Picor de piel (rash), fiebre medicamentosa, cefalea, parestesias, temblor, náuseas y vómitos, eosinofilia, artralgia, anemia e hipotensión.

Dolor en el sitio de la inyección.

CEFTAZIDIMA

Cefalosporina de la tercera generación que, al igual que otras cefalosporinas de este grupo tiene alto grado de resistencia a la acción de las beta-lactamasas, y por lo tanto es muy activa contra una gran variedad de microorganismos gramnegativos, incluyendo cepas productoras de penicilinas. Su espectro antibacteriano incluye a *N. gonorrhoeae* y a la mayor parte de las enterobacterias: *E. coli*, *Citrobacter*, *Enterobacter* etc. Igual que otras cefalosporinas de este grupo es menos activa contra los cocos grampositivos que las cefalosporinas de la primera y segunda generaciones.

INDICACIONES

Tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos susceptibles en especial vías urinarias, huesos y articulaciones, neumonía, septicemia.

REACCIONES ADVERSAS

Náuseas, vómito, diarrea moderada, dolor abdominal, candidiasis bucal.”⁵

⁵ Rodolfo Rodríguez Carranza vademecum académico de medicamentos ed. McGraw-hill Interamericana 3ª edición

ANATOMIA
Y
FISIOLOGIA
DEL ORGANNO AFECTADO

SISTEMA ESQUELETICO

“El esqueleto de un humano adulto usualmente consiste en 206 huesos agrupados en dos divisiones principales, los esqueletos axial y apendicular. El eje longitudinal o central del cuerpo humano es una línea recta y vertical que discurre por el centro de gravedad del propio cuerpo. Esta línea imaginaria se extiende desde la cabeza hasta el espacio que hay entre los pies. El plano medio sagital (o sagital) se traza en ella. La división axial del esqueleto consiste en los huesos cercanos a dicho eje, a saber costillas, esternón, cráneo y columna vertebral.

La división apendicular está compuesta por los huesos de los miembros o extremidades superiores o inferiores, además de las cinturas pélvica y torácica, que conectan dichos miembros al esqueleto axial.

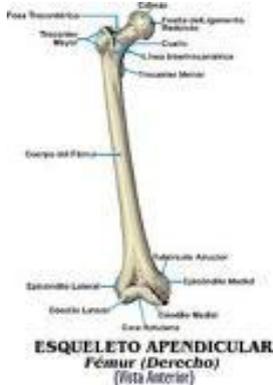
Suele agruparse a los 80 y 126 huesos de los esqueletos axial y apendicular, respectivamente la forma en que estas dos divisiones se unen para formar el esqueleto completo.

Los huesos desempeñan funciones importantes entre las cuales se pueden mencionar las siguientes.

- 1) Función de sostén. El esqueleto constituye un almacén donde se apoyan y fijan las demás partes del cuerpo, pero especialmente los ligamentos, tendones y músculos, que a su vez mantienen en posición los demás músculos del cuerpo.
- 2) Locomoción. Los huesos son elementos pasivos del movimiento, pero en combinación con los músculos permiten el desplazamiento, ya que les sirven de punto de apoyo y fijación.
- 3) Protección. En muchos casos los huesos protegen los órganos delicados como en el caso de los huesos del cráneo, que constituyen una excelente protección para el encéfalo; la columna vertebral y las costillas protegen al corazón y los pulmones; las cavidades orbitarias protegen a los ojos; el hueso temporal aloja al oído, y la columna vertebral protege la médula espinal.”⁶

⁶ Gerard J. Tortora Nicholas P. Anagnostakos Principios de Anatomía y Fisiología 6º ed Ed. Harla España 2001

FEMUR



“Es el hueso más largo del cuerpo. Su extremidad superior consta de una cabeza redondeada, con un cuello estrecho y dos eminencias óseas, los trocánteres mayor y menor. La cabeza se articula con la cavidad del hueso iliaco llamado acetábulo.

La extremidad inferior del fémur es de mayor tamaño que la superior, está aplanada de adelante hacia atrás y una amplia escotadura la divide en dos eminencias voluminosas llamadas cóndilos; éstos se conocen como medial y lateral (interno y externo) y la depresión intermedia es la fosa intercondílea (escotadura intercondílea). La extremidad inferior del fémur se articula con la tibia y la patela. El hueso se inclina de manera gradual hacia abajo y adentro acercándose al otro fémur, de modo que la articulación de la rodilla cae dentro de la línea de gravedad del cuerpo”⁷

Patela

“Es un hueso sesamoideo, triangular, plano y pequeño, que se desarrolla en el tendón del músculo cuádriceps y que esta enfrente de la articulación de la rodilla.

Se articula con el fémur y está rodeada por una bolsa serosa llena de líquido

Tibia

Esta situada en la parte anterior e interna de la pierna. Su extremidad superior aumenta de volumen a expensas de dos eminencias laterales que muestran una eminencia intercondilar (prominencia intercondílea) muy bien delimitada. Las primeras se denominan cóndilos medial y lateral (interno y externo). Sus caras superiores son cóncavas y reciben los cóndilos femorales. La extremidad inferior es mucho menor que la superior; se prolonga hacia abajo, por su mismo lado interno en un proceso descendente, el maleolo medial (interno), que forma la prominencia interna del tobillo. En la misma extremidad inferior se encuentra la articulación para el talo (astrágalo) que forma la articulación del tobillo. La tibia también se articula con la extremidad inferior de la fíbula

⁷Kimber –Gray-Stackpole Miller y Leavell Manual de Anatomía y Fisiología 2o ed . Ed. Ediciones científicas La prensa Medica Mexicana S.A de C.V México 1996

Fíbula

Está situada en el lado externo de la tibia y es paralela a ella. Es más pequeña que la tibia y, en proporción con su longitud es el más delgado de todos los huesos largos. Su extremidad superior está formada por una cabeza irregularmente cuadrangular, por medio de la cual se articula con la tibia, pero sin llegar a alcanzar la articulación de la rodilla.

La extremidad inferior se prolonga hacia abajo por un proceso piramidal, el maleolo lateral (externo), que está situado exactamente por debajo de la piel y forma la prominencia externa del tobillo. La extremidad inferior se articula con la tibia y el talo (astrágalo); este último está sostenido entre el maleolo lateral (externo) del peroné y el maléolo medial (interno) de la tibia.

Tarso

Está formado por el calcáneo, el talo (astrágalo), el cuboideo, el navicular (escafoides), y los cuneiformes medial, intermedio y lateral.

El mayor y más fuerte de los huesos del tarso se llama calcáneo; es el hueso que forma el talón y sirve para transmitir el peso del cuerpo al piso, formando, al mismo tiempo, una fuerte palanca para los músculos de la pantorrilla.

Metatarso o suela

Está formado por cinco huesos que semejan a los huesos metacarpianos de la mano. Cada uno de ellos se articula con los huesos del tarso por uno de sus extremos, y por el otro con la primera hilera de falanges. Los huesos tarsianos y metatarsianos están dispuestos de tal manera que forman dos arcos distintos: uno va del calcáneo a los huesos metatarsianos de la parte interna del pie, y se llama arco longitudinal; el otro se extiende a través del pie, en la región metatarsiana y se denomina arco transversal.

Falanges

Tanto en número como en su disposición general se parecen a las de las manos son dos para el dedo gordo y tres para el resto.”⁸

⁸ Gerard J. Tortora Nicholas P. Anagnostakos Principios de Anatomía y Fisiología 6º ed. Ed. Harla España 2001

OSTEOMIELITIS

“La osteomielitis es una infección de la cortical y medular del hueso, generalmente de origen bacteriano, aunque puede estar producida por cualquier microorganismo. La clasificación se puede hacer según un gran número de criterios (etiología, patogenia, localización, evolución, etc.)

ETIOLOGIA

La causa más frecuente es la bacteriana, aunque también pueden ser de origen vírico y producido por hongos (generalmente en el contexto de una infección sistémica). Varía según la edad.

Staphylococcus aureus es el principal patógeno en todas las edades, ocasiona el 90% de las osteomielitis agudas.

El segundo en orden de frecuencia es *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A (menos de un 10% de casos). *Haemophilus influenzae* puede ser responsable de en niños no vacunados.

En neonatos juegan un papel importante *Streptococcus* del grupo B y los bacilos gramnegativos (*E. Coli*).

En zonas de punción a nivel plantar el principal patógeno implicado es *Pseudomonas aeruginosa* y también otros bacilos gramnegativos. Es frecuente en mayores de 6 años.

En niños con anemia de células falciformes deberá investigarse la presencia de *Salmonella*.

Deben sospecharse otros microorganismos según la patología de base y la puerta de entrada. Además de los neonatos y de los pacientes con drepanocitosis, existen otros grupos de riesgo: hemodializados, con fracturas cerradas o con osteomielitis multifocal crónica recurrente.

PATOGENIA

Existen tres tipos de osteomielitis:

1. Osteomielitis aguda hematógena, secundaria a bacteriemia: Forma más frecuente.
2. Osteomielitis no hematógena, por inoculación directa: Ocurre tras un traumatismo o cirugía o por diseminación a partir de un foco contiguo, generalmente celulitis.
3. Osteomielitis crónica: Se produce de forma secundaria a un traumatismo importante, a cirugía o a un tratamiento inadecuado de osteomielitis aguda. Se caracteriza por drenaje crónico, dolor e impotencia funcional de

la extremidad afecta. El principal agente es *S. aureus*, también *H. Influenzae* y otros gramnegativo

Localizaciones mas frecuentes en orden de creciente son:

- Metáfisis distal del fémur
- Metáfisis proximal de la tibia
- Metáfisis proximal del fémur
- Metáfisis distales del radio y del humero

La llegada de los gérmenes a su localización clásica, a nivel de la zona de osificación primaria subcondral metafisaria de un hueso largo, produce la reacción inflamatoria inicial, con congestión intensa, edema y supuración.

Inicialmente esta inflamación afecta sólo la médula del hueso esponjoso. A través de los conductos de Havers y de Volkmann, el exudado inflamatorio purulento se dirige a la superficie del hueso y separa el periostio, que en la inflamación, es desprendible. De continuar el proceso, se extiende entre la cortical y el periostio y constituye los abscesos subperiósticos, que suelen avanzar hasta el punto en el que el periostio está firmemente unido al cartílago de crecimiento y no se despega; de este modo se frena la propagación la infección a la epífisis.

Puede producirse una alteración ósea rápida dado que en los niños la cortical metafisaria a ese nivel es delgada, provocando ruptura cortical y necrosis ósea al despegarse el periostio y privar al hueso subyacente de circulación. La ruptura de la cortical y del periostio permite además la formación de abscesos parostales y la fistulización.

El periostio, con buen aporte vascular del rico plexo que posee, continúa formando hueso que circunscribe la necrosis cortical. Un mal tratamiento o uno inoportuno o la alta virulencia del germen, puede hacer que, de no sobrevivir complicaciones clínicas inmediatas.

Instalada la osteomielitis crónica se caracteriza por:

- Presencia de lesiones supurativas osteomedulares.
- Drenaje continuo de pus a través de fistulas cutáneas múltiples cuyas bocas se hallan circundadas por relieves de aspecto carnosos y fácilmente sangrante.
- Secuestros rodeados de abundante tejido de granulación
- Activa neoformación corticoperióstica.

Cuadro clínico de la osteomielitis hematogena aguda

Se registran antecedentes de otro foco séptico previo (una o dos semanas atrás), como infección de garganta, cutánea o intestinal.

Sintomatología. Cuadro febril (hipertermia más escalofríos)

Signología dolor local, tumefacción, rubor.

Exámenes complementarios

Radiología convencional: la radiología es positiva recién a los 12 días para la parte ósea; previamente solo se detecta tumefacción de las partes blandas. Al progresar la enfermedad, afectación variable de la diáfisis y aparición de secuestros

Radiografías contrastadas. Útiles para detectar trayectos fistulosos en cuanto a su extensión y para el planeamiento posterior de la conducta terapéutica

Estudios de laboratorio arrojan por lo común los siguientes datos:

- Eritrosedimentación elevada
- Elevación del recuento de glóbulos blancos
- Hemocultivo positivo en el 50% de los casos
- Proteína C reactiva positiva.

La eritrosedimentación y el recuento de glóbulos blancos sirven como parámetro de control de la evolución. No obstante, las alteraciones de la proteína C reactiva son más precoces y confiables.

Puede punzarse y aspirarse el sitio de máxima sensibilidad en el miembro afectado en busca de gérmenes, ya sea bajo el periostio o bajo la cortical. Esto arroja un 40 a 60% de positividad en cuanto al cultivo y determinación de sensibilidad a los antibióticos.

Tomografía computarizada (TC). Mayor resolución en cuanto a densidad que las radiografías convencionales. Posibilidad de cortes axiales.

Otras formas clínicas

Osteomielitis subaguda: infección ósea de duración superior a 2 semanas, sin evidencia de enfermedad aguda. Puede ser causada por aumento de la resistencia del huésped, bacterias de escasa virulencia o antibióticos suministrados en forma temprana. El cuadro clínico esta denominado por el dolor. El recuento leucocitario es normal; la eritrosedimentación esta elevada en sólo el 50% de los casos. El hemocultivo suele ser negativo.

Osteomielitis crónica. Duración superior al mes, por lo común es continuación del cuadro agudo inicial o una reactivación del foco por distintas causas (ejercicio, traumatismos, disminución de las defensas)

Tratamiento

Establecida la “*sospecha fundada*” de la existencia del foco osteomielítico, el tratamiento debe ser precoz y sobre la base de antibioticoterapia de amplio espectro y gran inmovilización con yeso. En casos desfavorables (según la virulencia del germen a pesar de las medidas puede continuar su evolución, esto se presenta con persistencia del síndrome febril decaimiento general, dolor local. “⁹

⁹ Siberman Varona Ortopedia y Traumatología 2º ed Ed Medica Panamericana

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

1.- NOMBRE: M.S.S 2.- EDAD: 39 años 3.- FECHA DE NACIMIENTO: 22-02-1972 4.- SEXO: Femenino 5.- PESO: 76 kilos 6.- TALLA: 1.68 cm 7.- ESCOLARIDAD: Secundaria 8. OCUPACION: Ama de casa 9.- RELIGION: Católica 10.- LUGAR DE NACIMIENTO: Jalapa Veracruz 11.- IDIOMA: Español 12.- ESTADO CIVIL: separada 13. - DOMICILIO: Ote 10 Mz 3 Lt 13 Col. Guadalupana Mpio. Ixtapaluca 14.- TEL: 15.- FUENTE DE INFORMACION: DIRECTA SI (X) QUIEN: paciente

Antecedentes Heredofamiliares y familiares

Padres vivos y aparentemente sanos cuenta con 4 hermanas y tiene 2 hijos todos vivos y aparentemente sanos.

Antecedentes Personales no patológicos

Habita casa de su hermana, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios baño y cambio de ropa cada 3er día tabaquismo y alcoholismo negados.

Antecedentes personales patológicos

Refiriendo así que hace 2 años, se le practico una Reducción Abierta con Fijación Interna con Clavo Centro Medular fémur izquierdo expuesta trasfundida en tres ocasiones en hospital de Veracruz, donde fue dada de alta el 3 de Noviembre del 2007 en donde se le coloco Clavo Centromedular y se trato con curaciones en las cuales presentaba salida de exudado seropurulento en herida quirúrgica de características fétidas, cremosas verdosas en cantidad abundante así como dolor el cual se incrementaba con la movilización.

Padecimiento Actual

Refiere su padecimiento actual hace 2 años aproximadamente posteriores a su cirugía de fémur izquierda expuesta con exudado seropurulento en herida quirúrgica de fémur acudiendo así a la unidad de ortopedia para su valoración y antibioticoterapia con amikacina y ciprofloxacino con mejoría parcial se decide su ingreso para tratamiento quirúrgico.

Ingresa paciente al servicio de ortopedia el día 17 de Septiembre de 2009 pos operada de colocación de clavo centro medular en fémur lado izquierdo secundario a herida por proyectil de arma de fuego, para el retiro del mismo diagnosticándole osteomielitis del fémur izquierdo donde se siguen realizando aseos quirúrgicos y desbridación de tejido desvitalizado decidiendo amputación de miembro pélvico izquierdo.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

RESUMEN DE DATOS RELEVANTES POR NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación

Paciente conciente orientada con frecuencia respiratoria de 21 x min frecuencia cardiaca 84 x min temperatura de 36.5° C y una T/A de 110/70 no presenta dificultad respiratoria, ni sensación de falta de aire, actualmente presenta palidez de tegumentos no acostumbra a fumar.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Paciente con dieta normal actualmente no consume fibra realiza 3 comidas al día en un horario de 9:00am 3:00pm y 8:00pm ingiere 1 litro de agua por el momento come en el hospital es alérgica al huevo y camarón, presenta trastornos digestivos como distensión abdominal y estreñimiento, peso actual 76 kg y una talla 1.68 cm con un IMC 22.6 presentando un peso normal actualmente fue amputada del miembro inferior izquierdo.

3. Necesidad de eliminación

Actualmente presenta estreñimiento evacua de 2 a 3 veces por semana las características de sus heces son duras y secas hábitos urinarios son de 4 a 6 veces al día, la orina es de color ámbar el ritmo de su menstruación es irregular.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

La paciente siempre se encuentra recostada ya que al presentar la amputación de Miembro Pélvico Inferior no se puede levantar solo por momentos se acerca a la orilla de la cama se considera una persona activa ya que es ama de casa presenta ligero dolor al movimiento, se le observa deprimida.

5. Necesidad de descanso y sueño

No tiene problema la paciente para conciliar el sueño duerme de 7 a 9 horas su patrón de sueño es continuo no realiza ninguna actividad para favorecer el sueño su estado de animo no le impide dormir pero tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día toma una siesta de una hora durante el día si se siente cansada tiene presencia de ojeras.

6. Necesidad de usar prendas de vestir

Necesita un poco de ayuda pero por lo regular ella se viste por si misma.

7. Necesidad de termorregulación

Su temperatura corporal es de 36.5° C y menciona que su clima preferido es el templado.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

En su comodidad cuenta con los recursos adecuados para practicar su higiene, baño cada tercer día, lavado de manos las veces que sea necesarias no practica el aseo dental, necesita de ayuda parcial para llevar a cabo su higiene, cabello seco, sin parasitosis, uñas descuidadas, mucosa oral un poco deshidratada, problema en cavidad oral caries en 4 piezas dentales

9. Necesidad de evitar peligros

Refiere la paciente que casi no se enferma cuenta con todo su cuadro de vacunación y si conoce algunas medidas de prevención ante las situaciones de urgencia, trata de mantener la calma, padece una alteración física en su cuerpo la amputación del miembro pélvico izquierdo, así mismo por el traumatismo presenta baja autoestima.

10. Necesidad de comunicación

La paciente vive con su hermana con sus sobrinos e hijos de ella (paciente) su relación es muy buena siempre esta acompañada durante la visita hospitalaria pero a pesar de eso tiene traumatismo de la imagen corporal ya que no se acepta por su imagen corporal.

11. Necesidad de practicar su religión

La paciente es de religión católica y no le genera ningún conflicto.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

No trabaja la paciente.

13. Necesidad de juego y recreación

No realiza actividades deportivas en su tiempo libre se pone a leer o ver televisión y no sabe si en su comunidad existen recursos para la recreación.

14. Necesidad de aprendizaje

La paciente solo curso la secundaria presenta una memoria remota aunque algunas cosas de la infancia no las recuerda además menciona que le gustaría adquirir nuevos conocimientos.

ANÁLISIS DE DATOS

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMEN	CIFRAS NORMALES	CIFRAS PACIENTE	OBSERVACIONES
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
LEUCOCITOS	5-10	3.00	ALTERADO
NEUTRÓFILOS	60-70	49.70	ALTERADO
LINFOCITOS	20-30	36.10	ALTERADO
MONOCITOS	6-8	5.80	ALTERADO
EOSINÓFILOS	1.3	8.30	ALTERADO
BASÓFILOS	0-1	0.10	NORMAL
NEUTRÓFILOS	3-7	1.50	ALTERADO
LINFOCITOS	1.3	1.10	NORMAL
MONOCITOS	0.3-0.8	0.200	ALTERADO

EXAMEN	CIFRAS NORMALES	CIFRAS PACIENTE	OBSERVACIONES
ACIDO ÚRICO			
ACIDO ÚRICO	2.6-8	5.1 mg/dl	NORMAL
CREATININA	0.4-1	0.4mg/dl	NORMAL
UREA	17.4-55.8	8.6mg/dl	ALTERADO
GLUCOSA	74-118	90mg/dl	NORMAL

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES
1. Necesidad de Oxigenación	1. Necesidad de Moverse y Mantener buena postura
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación	2. Necesidad de Eliminación
3. Necesidad de Eliminación	3. Necesidad de Comunicación
4. Necesidad de Moverse y Mantener buena postura	4. Necesidad de Evitar Peligros
5. Necesidad de Descanso y Sueño	
6. Necesidad de usar Prendas de vestir	
7. Necesidad de Termorregulación	
8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel	
9. Necesidad de Evitar Peligros	
10. Necesidad de Comunicación	
11. Necesidad de Practicar su religión	
12. Necesidad de trabajar y realizarse	
13. Necesidad de Juego y Recreación	
14. Necesidad de Aprendizaje	

ANALISIS DE DATOS

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICIÓN DE DEPENDENCIA
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	Se observa en el turno que la paciente muestra interés en empezar a manipular las herramientas como las muletas para empezar a ambular.	La paciente refiere ligero dolor al movimiento por lo cual tiene movimientos limitados para evitar cualquier alteración.	fuerza
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	Se encontró en la hoja de enfermería en el apartado de control de líquidos que se siguen presentando las evacuaciones duras y secas.	La paciente menciona evacuar de dos a tres veces por semana presentando estreñimiento desde su ingreso a la unidad.	voluntad
NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	Se le hizo hincapié durante el turno acerca de la auto aceptación que debe de manipular y observar su muñón de igual manera que tiene que modificar la forma en que le llama	La paciente menciona que se encuentra incompleta que tiene un "tronquito" ahora que ya no tiene su pierna.	conocimiento
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	Se menciono durante el turno que la paciente tiene que reconocer sus virtudes con ayuda de familiares y amigos para si lograr con mayor facilidad su integración a la sociedad.	La paciente refiere avergonzarse de si misma por su apariencia.	Conocimiento

CONSTRUCCIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICOS

- Deterioro de la movilidad física r/c perdida de la integridad de las estructuras óseas m/p inestabilidad postural.
- Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal m/p heces duras y secas.
- Trastorno de la imagen corporal r/c traumatismo m/p despersonalización de la parte mediante pronombres impersonales (tronquito).
- Baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático m/p conducta indecisa.

PLAN DE CUIDADOS

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

FICHA DE IDENTIFICACION

1.- NOMBRE: M.S.S 2.- EDAD: 39 años 3.- FECHA DE NACIMIENTO: 22-02-1972 4.- SEXO: Mujer 5.-PESO: 76 kilos 6.-TALLA: 1.68 cm 7.- ESCOLARIDAD: Secundaria 8. OCUPACION: Ama de casa 9.- RELIGION: Católica 10.-LUGAR DE NACIMIENTO: Jalapa Veracruz 11.- IDIOMA: Español 12.-ESTADO CIVIL: separada 13. - DOMICILIO: Ote 10 Mz 3 Lt 13 Col. Guadalupana Mpio. Ixtapaluca 14.-TEL: 15.-FUENTE DE INFORMACION: DIRECTA SI (X) QUIEN: paciente

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DOMINIO 3 Eliminación/Intercambio Clase 2 Función gastrointestinal	NOC (Objetivo planeado) 0501 Eliminación Intestinal	NIC 0450 Manejo del estreñimiento	EBE	NOC (Resultado esperado)
ELIMINACION	Estreñimiento r/c disminución de la motilidad gastrointestinal m/p heces duras y secas	La enfermera enunciara los alimentos de alto contenido en fibra mediante una demostración a la paciente y la importancia de la ingesta de líquido para así aumentar la formación y evacuación de las heces. El paciente elegirá de la charola de dieta cuales alimentos son los que contienen fibra y así mismo que los apruebe para su beneficio.	Instruir a la paciente y familia acerca de la dieta rica en fibra. Que siga ingiriendo (suplemento alimenticio lactobacilos) Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. Comprobar movimientos intestinales incluyendo frecuencia consistencia forma volumen y color Se continua administrando ceftazidima 2gr c/8 hrs y amikacina 1gr c/24hrs para el control de infecciones además de continuar con solución mixta 1000 cc p/24 hr	Una ingesta diaria de 25 a 30g de fibra incrementa la frecuencia de las disposiciones en usuarios con estreñimiento El incremento de la ingesta de liquido de 1.5 a 2 litros al día mientras mantiene una ingesta de fibra de 25g significa un incremento de la frecuencia de las deposiciones El usuario con estreñimiento el abdomen suele estar distendido con rigidez y el colon es palpable	Se logro la evacuación de las heces en un 56% tomando en cuenta los siguientes indicadores: Control de movimientos intestinales. 3 Cantidad de las heces en relación con la dieta. 3 Heces blandas y formadas. 2 Facilidad de eliminación de las heces. 3 Eliminación fecal sin ayuda. 3 Ruidos abdominales. 3

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DOMINIO 6 Autopercepción Clase 3 Imagen Corporal	NOC (Objetivo planeado) 1200 Imagen Corporal	NIC 5220Potenciación de la imagen Corporal	EBE	NOC (Resultado esperado)
COMUNICACION	Trastorno de la imagen corporal r/c traumatismo m/p despersonalización de la parte mediante pronombres impersonales "tronquito"	<p>La enfermera explicara la importancia de la auto aceptación induciendo a la paciente al reconocimiento de la parte de su cuerpo cambiada o perdida mediante la manipulación y la observación de su muñón</p> <p>La paciente modificara la forma de llamarle al muñón evitando nombrarlo " tronquito"</p> <p>La paciente demostrara aceptación para ajustarse al nuevo cambio de vida para así lograr su independencia.</p>	<p>Observar si la paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido un cambio.</p> <p>Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.</p> <p>Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</p>	<p>La influencia del afrontamiento basado en la emoción (dejar aflorar las emociones y la disociación mental) cuando haya sufrimiento tras una lesión desfigurante se asocia con menor alteración de la imagen corporal.</p> <p>Se ha identificado que las ventajas del aprendizaje en grupo son la motivación, el compartir experiencias y el apoyo por parte de los iguales y el reconocimiento de que no esta solo</p> <p>Estudios recientes han mostrado que las actitudes respecto a la imagen corporal estaban significativamente relacionadas con síntomas depresivos.</p>	<p>Se logro la aceptación de la imagen corporal en un 63% tomando en cuenta los siguientes indicadores:</p> <p>Imagen interna de si mismo 3</p> <p>Descripción de la parte corporal afectada 3</p> <p>Actitud hacia la parte corporal afectada 3</p> <p>Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto 4</p> <p>Satisfacción con el aspecto corporal 3</p> <p>Adaptación a cambios en el aspecto físico 3</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DOMINIO 6 Autopercepción Clase 2 Autoestima	NOC (Objetivo planeado) 1205 Autoestima	NIC 5400 Potenciación de la autoestima	EBE	NOC (Resultado esperado)
EVITAR PELIGROS	Baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático m/p conducta indecisa.	La paciente reconocerá sus virtudes sin avergonzarse de si misma.	<p>Animar a la paciente a identificar sus virtudes</p> <p>Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</p> <p>Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.</p> <p>Ayudar a la paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía</p>	<p>El reconocimiento de la competencia refuerza la autoestima previamente intacta.</p> <p>La identificación fortalece al usuario y fomenta los resultados positivos</p> <p>La clarificación de los pensamientos y de los sentimientos fomenta la auto aceptación</p> <p>La terapia de grupo proporciona un lugar seguro para experimentar la exploración, la validación y los modelos de roles positivos y aumentar el conocimiento</p>	<p>Se logro en un 70% aumentar el autoestima de la paciente a partir de los siguientes indicadores:</p> <p>Verbalización de auto percepción 3</p> <p>Aceptación de las propias limitaciones 3</p> <p>Descripción del yo 3</p> <p>Mantenimiento del cuidado/higiene personal 5</p> <p>Equilibrio entre participar y escuchar en grupos 4</p> <p>Sentimientos sobre su propia persona 3</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE 2 Actividad/ ejercicio	NOC (Objetivo planeado) 020 Ambular	NIC 0221Terapia de ejercicios: ambulaci3n	EBE	NOC (Resultado esperado)
<p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p>	<p>Deterioro de la movilidad f3sica r/c perdida de la integridad de las estructuras 3seas m/p inestabilidad postural</p>	<p>La paciente manipulara herramientas (silla de ruedas, muletas) para aumentar la movilidad.</p>	<p>Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda.</p> <p>Proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas) para la deambulaci3n.</p> <p>Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</p>	<p>Los instrumentos de asistencia pueden ayudar a aumentar la movilidad.</p> <p>T3cnicas como el entrenamiento de marcha entrenamiento de la fuerza para mejorar el equilibrio y la coordinaci3n pueden ser de ayuda en la rehabilitaci3n de los usuarios.</p>	<p>Se logro la movilidad de la paciente en un 20% a partir de los siguientes indicadores.</p> <p>Soporta el peso 1</p> <p>Camina con marcha eficaz 1</p> <p>Camina a paso lento 1</p> <p>Camina paso moderado 1</p> <p>Camina a paso r3pido 1</p> <p>Anda por la habitaci3n 1</p>

PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	Realizar ejercicios para reforzar la musculatura del torso, los brazos y las piernas, que le ayudarán en su recuperación y que también entrenarán de la mejor forma posible las articulaciones cercanas a la herida. Puede realizar estos ejercicios acostado, sentado o de pie con pesas ligeras, hasta que el fisioterapeuta lo indique se seguirán realizando dichos ejercicios, mismo que si desea tener su prótesis de la parte corporal perdida hablar con el medico.
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	Incrementar la ingesta diaria de 25 a 30 g de fibra, fruta uvas, ciruela pasa verduras como zanahoria, vegetales de hojas verdes espinacas calabazas etc, cocidos o al vapor ya sea al gusto del paciente así como la ingesta de liquido de 1.5 a 2 litros
NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	Auto aceptarse reconociendo la parte de su cuerpo perdida tocando y mirando su muñón a la hora del baño en su casa al vestirse o al momento de lubricarlo.
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	Reconocer sus virtudes por ella misma, familiares y amigos, para así cumplir sus metas planteadas, al igual de seguir acudiendo a su terapia de grupo.

CONCLUSIONES

Y

SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

La elaboración del Proceso Atención de Enfermería con el objetivo de presentar un caso clínico de una paciente con osteomielitis como ya antes mencionado, me llevo a profundizar los conocimientos ya obtenidos, podemos concluir que el presente trabajo nos sirvió para implementar los conocimientos para la estructuración de los diagnósticos utilizando etiquetas NANDA; obteniendo los resultados esperados de acuerdo a la bibliografía, así como aplicar las intervenciones (NIC) específicas y así brindar una calidad en atención al paciente durante su hospitalización hasta el momento en que se indique su alta hospitalaria.

Así mismo, me llevo la satisfacción personal al a ver contribuido con la paciente para lograr un mejor bienestar y cumplir con los objetivos planeados.

SUGERENCIAS

Si se siguen las indicaciones plasmadas en el plan de alta de la paciente las necesidades afectadas que se encontraron podrán satisfacerse de una mejor manera, ya que se modificara el estilo de vida que esta llevando por lo tanto es un compromiso de la paciente y familia para que esto se logre y si se deja a un lado de nada habrá servido el esfuerzo que se hizo durante el tiempo que se estuvo brindando la atención de calidad a la paciente y la manera detallada en que se dieron los cuidados.

GLOSARIO

Enfermería: Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Fracturas Intracapsulares: aquellas en las cuales el rasgo de fractura queda por dentro del plano de inserción distal de la cápsula en el perímetro cérico trocantéreo. Concretamente, vienen a corresponder a las fracturas subcapitales y mediocervicales.

Ejecución: Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

Fracturas Extracapsulares: aquellas en las cuales el rasgo de fractura queda por fuera del plano de inserción de la cápsula; corresponden a las fracturas basi-cervicales y pertrocanteréas.

Osteomielitis: es una inflamación o hinchazón del tejido óseo que suele producirse como resultado de una infección

Evaluación: Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Tomografía computarizada (También llamada escáner CT o CAT) - procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una tomografía computarizada muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluyendo los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada muestra más detalles que los rayos X regulares.

Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

Evaluación. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio

sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

NIC. Nursing Interventions Classification (Clasificación de intervenciones de Enfermería). Es un instrumento en el cual se encuentra una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales en enfermería.

NOC. Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería). Es un instrumento en el cual cada resultado tiene un nombre de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida tipo Likert de cinco puntos y una selección de las citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado

Valoración. Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales de los textos de referencia.

ANEXOS

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DE PACIENTES	OBSERVACIONES

ANALISIS DE DATOS

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICIÓN
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACION DE NECESIDADES

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

BIBLIOGRAFÍA

1. Kimber-Gray-Stackpole Miller y Leavell Manual de Anatomía y Fisiología 2º Edición Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana S.A de CV
2. Gerard J. Tortora Nicholas P Anagnostakos 6º Edición Ed. Harla
3. Silverman Varona Ortopedia y Traumatología 2º ed. Ed.. Medica Panamericana
4. Susan Leddy y J. Mae Pepper, Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional Ed. JB Lippincott Company Filadelfia.
5. Betty J: Ackley Manual de Diagnósticos de Enfermería, 7º ed. , Madrid-Barcelona- Amsterdam, Ed.. Elsevier
6. Marriner, Ann Raile, Martha; Modelos y Teorías en Enfermería 2003 5ª ed., Ed. Mosby
7. Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez 3º ed. Ed.. Manual Moderno
8. Leslie D. Atkinson-Mary Manual Moderno
9. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011 Ed. T. Heather Herdman, PHD , RN Elsevier
10. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª ed. Sue Moorhed, PHD, RN Marion Johnson, PHD, RN Meridean L. Maas, PHD, RN, Faan Elizabeth Swanson, PHD, RN Elsevier
11. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª ed. Gloria M. Bulechek, PH, RN, Faan Howard K Butcher, PHD, RN, APRN, BC Joanne Mccloskey Dochterman PHD, RN, Faan Elsevier
12. Vademecum Académico de Medicamentos Rodolfo Rodríguez Carranza ed, McGraw-Hill Interamericana 3ª ed.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- Nombre: _____			
2.- Edad: _____	3.- Fecha de Nacimiento: _____	4.- Sexo: _____	
5.- Escolaridad: _____	6.- Ocupación: _____		
7.- Religión: _____	8.- Lugar de nacimiento: _____		
9.- Idioma: _____	10.- Estado civil: _____		
11.- Tipo de familia: _____			
12.- Domicilio: _____			
13.- Teléfono: _____			
14.- Fuente de información: Directa		SI ()	NO ()
Indirecta ()			
¿Quién? _____			
¿Cuál? _____			

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS:

1.1. ¿Refiere dificultad para respirar?	SI ()	NO ()		
1.2. ¿Ha presentado sensación de falta de aire?	SI ()	NO ()		
1.3. ¿Ha presentado sensación de ahogo?	SI ()	NO ()		
1.4. ¿Tiene dolor al respirar?	SI ()	NO ()	Inspiración ()	Espiración ()
1.5. ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?	SI ()	NO ()	Especificar _____	
1.6. ¿Actualmente presenta "Tos"?	SI ()	NO ()	Productiva ()	Seca ()
1.7. ¿Acostumbra fumar?	SI ()	NO ()		
1.8. ¿Cuántos cigarrillos al día?	_____			
1.9. ¿Hace cuanto tiempo?	_____			
1.10. ¿Presencia de varices en miembros inferiores?	SI ()	NO ()	Características _____	

DATOS OBJETIVOS

Toma de signos vitales:	FR _____ x min.	FC _____ x min.			
	T/A _____ mmHg	TA C _____			
Respiración espontánea	SI ()	NO ()			
Tipo de apoyo Ventilatorio	_____				
Estado de conciencia:	Conciente ()	Desorientado ()	Somnoliento ()	Estuporoso ()	Inconsciente ()
Coloración de la piel:	Rosada ()	Cianótica ()	Palidez ()	Marmórea ()	
Coloración de los labios:	Rosada ()	Cianótica ()	Palidez ()		
Coloración de zona peribucal:	Cianótica ()	Palidez ()			
Coloración de las uñas de las manos:	Rosadas ()	Cianóticas ()	Palidez ()		
Morfología de las uñas de las manos:	_____				
Patrón respiratorio uniforme	SI ()	NO ()			
Dificultad al respirar:	Sin esfuerzo ()	Esfuerzo físico ()	Acostado ()	Nocturna ()	
Presenta Aleteo nasal:	SI ()	NO ()			
Tiros intercostales	SI ()	NO ()			
Depresión del Apéndice Xifoides	SI ()	NO ()			
Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares:	Sibilancias ()		Crepitaciones Durante la espiración ()		
	SI ()	NO ()	Roncus ()	Roces ()	
Presencia de edema en miembros inferiores	Grado I ()		II ()	III ()	
Palpación de pulsos	Carótida ()	Branquia ()	Radia ()	Femora ()	
	Popiteo ()	Dorso/pie ()	Tibial posterior ()		

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

2.1. ¿ Que tipo de alimentos consume usualmente en 7 días ?

ALIMENTO	1-3 DIAS	3-5 DIAS	5-7 DIAS
CARNES			
LACTEOS			
FRUTAS			
VERDURAS			
LEGUMINOSAS			
CEREALES			
GRASAS			
AZÚCARES			

2.2 ¿Cuántas veces come al día? Una () Dos () Tres () Mas de tres veces ()

2.3 ¿ Su horario de alimentos es ? Fijo () Irregular ()

2.4 ¿Come acompañado? SI () NO ()

2.5 ¿En un ambiente agradable? SI () NO ()

2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente? SI () NO ()

2.7 ¿A que lo atribuye? _____

2.8 ¿Consume en su dieta diaria algún alimento irritante? (grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)
SI () NO () Especifique: _____

2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?
SI () NO () ¿Cuál? _____

2.10 ¿Cuándo se encuentra triste qué tipo de alimentos consume? _____

2.11 ¿Sigue alguna dieta especial? SI () NO ()
TIPO DE DIETA: _____

2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?
SI () NO () Especifique: _____

2.13 ¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre? SI () NO ()

2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre? _____

2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?
 Distensión abdominal: SI () NO () Vómito: SI () NO ()
 Náuseas: SI () NO ()
 Diarrea: SI () NO () Estreñimiento: SI () NO ()
 Ardor: SI () NO () Agruras: SI () NO ()

2.16 ¿Tiene dificultad para masticar? SI () NO ()
A que lo atribuye usted _____

2.17 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO ()

2.18 ¿Utiliza dentadura postiza para comer? SI () NO ()

2.19 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.20 ¿Asea su dentadura? SI () NO () Cuántas veces al día: _____

2.21 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO ()
Especifique: _____

2.22 ¿Intolerancia alimentaria? SI () NO ()
Especifique _____

2.23 ¿Come fuera de casa? SI () NO ()

2.24 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.25 ¿Cuánta agua consume al día?
0-1 Vaso () 2-3 Vasos () 3-4 Vasos ()
4-6 Vasos () 6-8 Vasos () +8 vasos ()

2.26 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO ()
¿Con que frecuencia? _____

2.27 ¿Padece alguna enfermedad?	SI	()	NO	()
¿Cuál?	_____			
2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?	SI	()	NO	()
¿Cuál?	Recetado	()	Automedicado	()
2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio?	SI	()	NO	()
¿Especifique?	_____			
2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?	0 -1 vez	()	2 - 3 veces	()
	3 - 4 veces	()	4 - 5 veces	()
			5 - 7 veces	()

ASPECTO GENERAL

CABELLO					
Abundante	()	Con brillo	()	Sedoso	()
Grueso	()	Delgado	()	Opaco	()
Escaso	()	Quebradizo	()	Caída de cabello	()
				Signo de bandera	()
OJOS					
Conjuntivas					
Rosadas	()	Hidratadas	()	Pálidas	()
				Deshidratadas	()
PIEL					
Rosada	()	Hidratada	()	Pálida	()
				Seca	()
Otros	_____				
MUCOSA ORAL					
Coloración	()	Rojo Rosado	()	Pálida	()
				Húmeda	()
Otras	_____				
DIENTES					
Caries:	SI	()	NO	()	
				¿Cuántas piezas?: _____	
¿Cuáles?	_____				
Adoncia:	SI	()	NO	()	
				¿Cuántas piezas?: _____	
¿Cuáles?	_____				
UÑAS					
Duras	()	Gruesas	()	Débiles	()
Quebradizas	()	Descamadas	()	Rosadas	()
				Delgadas	()
				Pálidas	()
INDICE DE MASA CORPORAL (Peso kg. / (Talla m)²)					
Peso Ideal	_____	Peso Real	_____	Talla	_____
<18	()	22-24.9	()	25-27	()
BAJO PESO	()	NORMAL	()	SOBREPESO	()
OBESIDAD MORBIDA	()			> 30	()
				>40	()
				OBESIDAD	()

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
DATOS SUBJETIVOS

3.1 ¿Frecuencia de la evacuación? Diario () 2 ó 3 veces por semana () Otros ()
Especifique.- _____

3.2 Describa las características de sus heces ¿Cantidad Aproximada? Escaso () Abundante (✓)
3.3 ¿Consistencia de las heces? Blandas formadas () Duras () Líquidas ()
3.4 ¿Color? Marrón () Amarillas () Otros ()
Especifique.- _____

3.5 ¿Olor? Acre (Varia según alimento) SI () Desagradable (✓)
3.6 ¿Identifica elementos extraños en su defecación? NO ()
Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos () Otros ()
Especifique.- _____

3.7 ¿Requiere laxantes para evacuar? SI () NO (✓) Natural () Medicamento ()
Especifique.- _____

3.8 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación? SI () NO ()
Diarrea () Estreñimiento () Otros ()
Especifique.- _____

3.9 ¿Consumo medicamentos actualmente? SI (X) NO ()
¿Cuáles? _____

DATOS OBJETIVOS:

3.10 ¿Con qué frecuencia orina? 2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 Veces al día (X) Otros ()
Especifique: _____

3.11 ¿Qué color tiene su orina? Transparente Ámbar (✓) Otros ()
Especifique.- _____

3.12 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria? SI () NO ()
Aumenta el deseo de orinar () Otros ()
Especifique.- _____

3.13 ¿Presenta alguna alteración urinaria? SI () NO ()
Ardor () Disuria () Incontinencia () Otros ()
Especifique.- _____

3.14 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación? Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()
Especifique.- _____

3.15 Describa las características de su menstruación Cantidad: Escaso () Abundante ()
Duración 3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()
Especifique.- _____

Color Rojo brillante () Rojo oscuro () Otros ()
Especifique.- _____

3.16 ¿Presenta alguna alteración? SI () NO ()
Dolor () Sangrado: Inter-menstrual () Otros ()
3.17 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual? SI () NO ()
Como. _____

DATOS OBJETIVOS

EXPLORE

3.18 Características de las heces	Observaciones: _____
3.19 Elementos extraños en las heces	Observaciones: _____
3.20 Simetría del abdomen:	Liso, plano () Redondeado convexo () Distendido ()
3.21 Presencia de ruidos intestinales:	Audibles () Hipoactivos () Hiperactivos ()
3.22 Aéreas sensibles en abdomen:	Abdomen relajado () Dolor e hipersensibilidad () Localizada ()
	Generalizada () Masas superficiales ()
3.23 Características de la orina.	Observaciones: _____
3.24 Elementos extraños en la orina	Observaciones: _____
3.25 Presencia de globo vesical	Palpable () No palpable ()
3.26 Dolor en el bajo vientre:	SI () NO ()
	Características del dolor: _____
3.27 Presencia de diaforesis	SI () NO ()
	Observaciones: _____

4.0 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:	Cervical () Lumbar () Ciática ()
	De articulaciones de miembros superiores () De articulaciones de miembros inferiores ()
4.2 Tipo de trabajo que realiza:	Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico ()
4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:	Sentado: De 2-3 hrs. () De 4-6 hrs. () De 7-8 hrs. ()
De pie: De 2-3 hrs () De 4-6 hrs () De 7-8 h () De movimiento continuo ()	
4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?	SI () NO ()
4.5 ¿De cuanto tiempo?	De 10 min () 15 min () 20 min () de 30 min ()
4.6 ¿En que postura?	Sentado () Recostado ()
4.7 ¿Se considera una persona?	Activa () Sedentaria () ¿Porque? _____
4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?	De tipo común () de algún arreglo ortopédico () Otros ()
4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?	SI () NO () ¿Cuál? _____
4.10 ¿Practica algún deporte?	SI () NO ()
	¿Con que frecuencia? _____ ¿Cuanto tiempo? _____

DATOS OBJETIVOS

4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?	SI () NO ()
Describe: _____	
4.12 De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?	SI () NO () ¿Porque? _____
4.13 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?	SI () NO ()
¿Porque? _____	
4.14 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?	SI () NO () ¿Porque? _____
4.15 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?	SI () NO ()
4.16 ¿Al levantarse el paciente lo hace?	Con impulso normal y sin ayuda ()
	Utiliza los brazos como ayuda () Con ayuda de otra persona ()
4.17 ¿Para la de ambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?	SI () NO ()
¿Cuál? Bastón () Andadera () Muletas () De otra persona ()	
4.18 ¿Presenta alguna facie de dolor?	SI () NO ()
Describe: _____	
4.19 En cuanto a la marcha, ¿ésta es?	Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()
4.20 La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?	SI () NO ()
Porque? _____	

7. NECESIDAD DE DATOS 7.1 7.2

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultada para conciliar el sueño?	SI () NO ()
5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?	Menos de 4hrs. () De 4 a 6 hrs. () De 7 a 9 hrs. () Más de 9 hrs. ()
5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?	SI () NO ()
¿Por qué?	
5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?	Continúo (✓) Discontinúo () Insomnio ()
¿Por qué?	
5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño ?	SI () NO ()
¿Cuál?	
5.6 ¿Toma algo para inducir el sueño?	SI () NO ()
¿Qué?	
5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?	SI () NO ()
¿Cuál?	
5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?	SI () NO ()
5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?	SI () NO ()
5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?	SI () NO ()
5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse	SI () NO ()
5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?	SI () NO ()
5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta	SI () NO ()
	½ hora () Una hora () Más de una hora ()
5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?	SI () NO ()
5.15 ¿Durante el día se siente cansado?	SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

Inspeccione en el paciente:	SI	NO
1. Presencia de ojera		
2. Cambio de posición varias veces		
3. Bostezos frecuentes		
4. Visión borrosa		
5. Tipo de respuesta es lenta		
6. Se observa fatigado		
7. Irritabilidad		
8. ¿Se encuentra apático?		
9. ¿Presenta somnolencia excesiva?		

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS	SI	NO	¿Cómo?
6.1 ¿Su estado de animo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?			
6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc?			
6.3 ¿Puede decidir por si solo (a) la ropa que se pone?			
6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?			
6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?		✓	
6.6 ¿Su modo de vestir esta relacionado con sus valores y creencias?		×	
6.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?		×	

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?	SI	()	NO	()
7.2 ¿Experimenta mucho calor?	SI	()	NO	()
7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?	Templado	()	Caluroso	() Frío ()

DATOS OBJETIVOS

7.4 ¿Vestido adecuado a la estación?	SI	()	NO	()
7.5 ¿Habitación y vivienda adecuada?	SI	()	NO	()
7.6 Características de la piel	Rubicunda ()	Diaforesis ()	Frialdad de la piel	()
Transpiración normal ()	Escalofríos ()	Palidez ()	Pilo erección	()
Enlentecimiento del llenado capilar ()	Palidez de los lechos unguiales ()		Piel caliente al tacto	()
7.7. ¿Temperatura? Hipodérmica ()	Febrícula ()	Hipertérmica ()	Normo termia	()

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS SUBJETIVOS:

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?	SI	()	NO	()
8.2 ¿Baño?	Diario ()	Cada tercer día ()	Una vez por semana	()
Otro: _____				
8.3 Lavado de manos: ¿Antes de comer? ()	Antes de ir al baño ()	Después de ir al baño		()
Otro: _____				
8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?	Después de cada alimento ()	2 veces al día ()		
	1 vez al día ()	no lo practica ()		
8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?	SI ()	NO ()		
	Parcial ()	Total ()		

DATOS OBJETIVOS

				LOCALIZACIÓN
8.6 ¿Aspecto general?	Correcto ()	Incorrecto ()		
8.7 PIEL	Integra / hidratada ()	Heridas ()		
	Deshidratada ()	Ulceras ()		
	Palidez ()	Edema ()		
	Ictericia ()	Verrugas ()		
	Cianosis ()	Lunares ()		
	() Otros _____	Manchas ()		
	Decoloración ()			
	Exudados ()			
8.8 CABELLO	Fino ()	Grueso ()	Brillante ()	Seco ()
¿Presencia de parásitos?	SI ()	NO ()	(X) Especifique: _____	
	SI ()	NO ()	Localización: _____	
8.9 UÑAS				
Aspecto	Cuidadas ()	Descuidadas ()	Mordidas ()	Lisas ()
Color:	Limpias ()	Duras ()	Delgadas ()	Micosis ()
	Rosa ()	Amarillas ()	Verdoso-negruzco ()	Otro _____
8.10 NARIZ				
Mucosa Nasal	Coloración:	Rosa intenso ()	Otro: _____	
Secreción	Transparente ()	Amarilla ()	Verdosa ()	Otra _____
Presencia de:	Sangre ()	Costras ()	Perforaciones ()	Otros _____

8.11 BOCA Y OROFARINGE

					OTRO
LABIOS					
Aspecto:	Secos	()	Grietas	()	Edema ()
Coloración:	Rozados	(/)	Palidez	()	Cianosis ()
MUCOSA BUCAL					
Color:	Rojo Rosado	(/)			
	Húmeda	()			
Presencia de:	Manchas	()	Lesiones	()	Ulceras ()
Dientes:	Completos	(/)	Incompletos	()	
Prótesis:	SI	()	NO	()	
Presencia de:	Placa dentobacteriana	()	Sarro	()	LOCALIZACIÓN: _____

8.8 CAVIDAD ORAL

Halitosis () Lesiones ()

	LOCALIZACIÓN
Ulceras	
Manchas	
Sangrado	
Dolor	
Criptas	
Inflamación	
Induraciones	

8.9 OIDOS:				LOCALIZACIÓN
Dolor	SI ()	NO (/)		
Inflamación	SI ()	NO ()		
Cerumen	SI ()	NO (/)		
Derrames	SI ()	NO ()		
Cuerpos Extraños	SI ()	NO ()		
Presencia de:	Nódulos ()			
	Lesiones ()			

✓ 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
DATOS SUBJETIVOS

9.1	¿Con que periodicidad lleva su control médico?	Sólo cuando se enferma ()	Cada año ()	Otros ()
9.2	¿Se enferma frecuentemente?	SI ()	NO (/)	
9.3	¿Cuenta con cartilla de vacunación?	SI (/)	NO ()	
9.4	¿Se ha aplicado otras vacunas?	SI (/)	NO ()	
	¿Cuáles?	_____		
9.5	¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?	SI (/)	NO ()	
	¿Cuáles?	_____		
9.6	¿Ha padecido alguna alteración?	Física ()	Psicológica ()	Social ()
	¿Cuál?	_____		
	Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen	SI ()	NO ()	
	¿Porqué?	_____		
9.7	¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?	SI ()	NO (/)	
	¿Cuál?	_____		
	¿La utiliza?	SI ()	NO ()	
	¿Porqué?	_____		
9.8	¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?			
	¿Se estresa?	SI ()	NO (/)	
	¿Pierde el control?	SI ()	NO ()	
	¿Porqué?	_____		
	¿Cómo lo manifiesta?	_____		
	¿La familia le apoya?	SI ()	NO ()	
	¿Porqué?	_____		

9.9	¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?	SI	()	NO	()
		¿Quién? _____			
9.10	¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?	SI	()	NO	()
		¿Cuáles? _____			
9.11	¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?	SI	()	NO	()
		¿Cuáles? _____			
9.12	¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?	SI	()	NO	()
		¿Cuáles? _____			
9.13	¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?	SI	()	NO	()
		¿Cuáles? _____			
9.14	¿Suele consumir Medicamentos no prescritos o alguna droga?	Alcohol	()	Tabaco	()
		Especifique _____			
9.15	¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?	SI	()	NO	()
		¿Cuáles? _____			
9.16	¿Se fija metas para el futuro?	SI	()	NO	()
		En cuanto tiempo _____			
9.17	¿Toma provisiones económicas?	SI	()	NO	()
9.18	¿Le apoya algún familiar?	SI	()	NO	()
		¿Quién? _____			

DATOS OBJETIVOS

9.19	¿Escucha bien?	SI	()	NO	()
		¿Porqué?: _____			
		Tipo de apoyo que utiliza: _____			
9.20	¿Ve bien?	SI	()	NO	()
		¿Porqué?: _____			
		¿Qué apoyo utiliza?: _____			
9.21	¿Lenguaje claro?	SI	()	NO	()
		¿Porqué?: _____			
9.22	¿Presenta sensibilidad en su cuerpo?	SI	()	NO	()
		¿Porqué?: _____			
9.23	¿Se le dificulta caminar?	SI	()	NO	()
		¿Porqué?: _____			

10. NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

10.1	¿Tiene relaciones armónicas con su familia?	SI	()	NO	()
		¿Porqué? _____			
10.2	¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?	SI	()	NO	()
		¿Cuál? _____			
10.3	¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como?	Sentimientos de negación	()	Inhibiciones	()
		Agresividad	()	Hostilidad	()
			()	Desplazamiento	()
10.4	¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?	SI	()	NO	()
		¿Cuál? _____			

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?	SI	(X)	NO	()
¿Con quien?	_____			
10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo?	_____			
10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?	SI	()	NO	()
¿Porqué?	_____			
10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?	SI	()	NO	()
¿Por qué?	_____			
10.9 ¿Se considera de buen humor?	SI	()	NO	()
¿Porqué?	_____			
10.10 ¿Cuándo está estresado se le dificulta comunicarse con los demás?	SI	()	NO	()
¿Porqué?	_____			
10.11 En su núcleo familiar o grupo ¿Cree que tiene que competir con otra persona?	SI	()	NO	()
¿Con quien?	_____			
10.12 ¿Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?	SI	()	NO	()
¿Porqué?	_____			

DATOS OBJETIVOS

10.13 Estado de conciencia	Conciente ()	Inconsciente ()	Estuporoso ()
	Soporoso ()	Somnoliento ()	
10.14 Según edad está orientado	Persona ()	Espacio ()	lugar () tiempo ()
10.15 ¿Al hablar establece contacto visual?	SI ()	NO ()	
Especificar	_____		
10.16 ¿Se relaciona con su familia?	SI ()	NO ()	
Especificar	_____		
10.17 ¿Qué persona de su familia es más importante para usted?	_____		
10.18 ¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?	_____		
10.19 ¿Recibe visitas de su familia?	SI ()	NO ()	
¿De quién	_____		
10.20 ¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?	SI ()	NO ()	
Especificar	_____		

11. PRACTICAR SU RELIGION. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

DATOS SUBJETIVOS:

11.1 ¿Religión? _____

11.2 ¿Practica su religión? SI NO

11.3 ¿Su religión le prohíbe? Alimentos Practicas higiénicas Tratamientos médico

¿Cuáles? _____

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico? SI NO

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia <input checked="" type="checkbox"/>	Temor <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Depresión <input type="checkbox"/>	Enojo <input type="checkbox"/>	Culpa <input type="checkbox"/>
Vergüenza <input type="checkbox"/>	Desesperanza <input type="checkbox"/>	Resignación <input type="checkbox"/>

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos? SI NO

Observaciones _____

11.7 ¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse? SI NO

Especificar _____

12 NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DATOS OBJETIVOS	SI	NO
12.1 ¿Tiene actividad remunerada?		<input checked="" type="checkbox"/>
12.2 ¿Tipo de trabajo?	Eventual <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/>
12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?		
12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?		
12.5 ¿Esta usted satisfecho con su trabajo?		
12.6 ¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?		
12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?		
12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?		

DATOS SUBJETIVOS

Estado Emocional <input type="checkbox"/>	Inquieto <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Eufórico <input type="checkbox"/>
Ansioso <input type="checkbox"/>	Decepcionado de su trabajo <input type="checkbox"/>	Irritable <input type="checkbox"/>	Deprimido <input type="checkbox"/>

12.9 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad? SI NO

¿Por qué? _____

13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACION

DATOS SUBJETIVOS

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o ocio? SI NO

¿Tipo? _____

13.2 ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer <input type="checkbox"/>	Actividades Lúdicas <input type="checkbox"/>
Ver televisión <input type="checkbox"/>	Actividades Culturales <input type="checkbox"/>
Actividades Deportivas <input type="checkbox"/>	Juegos de mesa <input type="checkbox"/>
Cine <input type="checkbox"/>	Teatro <input type="checkbox"/>

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas? SI NO

¿De que modo? _____

13.4 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

SI NO ¿Por qué? _____

13.5 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad? SI NO

13.6 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas? SI NO

DATOS OBJETIVOS

13.7 Integridad del Sistema Neuro muscular	Elasticidad (X)	Flexión ()	Extensión ()
--	-----------------	-------------	---------------

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?		SI (X)	NO ()
14.2 ¿Sabe leer?		SI ()	NO ()
14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?	Mucho ()	Poco ()	No me cuesta trabajo ()
14.4 ¿Considera que su memoria es buena?		SI ()	NO ()
¿Por qué? _____			
14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?		SI (X)	NO ()
¿Por qué? _____			
14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?		SI (X)	NO ()
14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?		SI ()	NO ()
14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?	Lecturas ()	De sus semejantes ()	Televisión ()
	Radio ()	Cursos ()	Otros ()
¿Cuáles? _____			
14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?		SI ()	NO ()
¿Cómo? _____			

DATOS OBJETIVOS

14.10 Identifica alguna alteración en:	Vista ()	SI ()	NO ()
¿Cuál? _____			
	Oído ()	SI ()	NO ()
¿Cuál? _____			
Pídale al usuario que repita la siguiente serie de números: 7.4.1 (memoria inmediata)			
Dificultad para repetir		SI ()	NO ()
El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior (memoria reciente)		SI ()	NO ()
Recuerda con facilidad números telefónicos importantes (memoria reciente)		SI ()	NO ()
Recuerda con facilidad hechos de la infancia (memoria remota)		SI ()	NO ()
Manifiesta interés por aprender		SI ()	NO ()
Se muestra receptivo		SI ()	NO ()