
**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS
DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

*“Metodología de intervención de enfermería aplicada a un paciente
con prótesis de cadera fundamentada con la filosofía de Virginia
Henderson”*

PROCESO ENFERMERO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
Licenciado en Enfermería**

PRESENTA:

P.L.E. RUFINA ROJAS SOLANO

DIRIGIDO POR:

C. M. Roberto Martínez Arenas

Morelia Michoacán., junio del 2007



SINODALES

C.M.Roberto Martínez Arenas

Presidente

Firma

L. E. Q. Elizabeth Flores Damián

Vocal 1

Firma

Lic. Maria Isabel Valenzuela Villegas

Vocal 2

Firma

Morelia Michoacán., junio del 2007

DIRECTIVOS

M.E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E.D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

DEDICATORIA

A mis padres con cariño amor y agradecimiento por la herencia que me han dado en la vida por confiar en mi y brindarme la oportunidad de seguir superándome como persona, por estar siempre apoyándome y poner la fe en mi ya que con sacrificios y esfuerzos he logrado llegar a este día tan importante por sus tantas noches de desvelos dedicados pensando en mi y por sin escatimar esfuerzos alguno me han dado todo cuanto les ha sido posible por ello y por mucho mas que por mi han hecho les viviré eternamente agradecida, que dios los bendiga y los colme de bendiciones hoy y siempre. Y les prometo ejercer mi profesión con orgullo y dignidad.

¡Gracias papa!

¡Gracias mama!

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Siempre he creído que las cosas pasan por algo, y por eso hay que aprovechar lo mejor de cada uno en el momento indicado. Ese momento lo decide Dios. Gracias por haberme permitido llegar a mi mas anhelo sueño de concluir esta nueva meta para obtener el titulo como licenciado en enfermería, por darme una familia, por haberme dado la vida y salud, todo este tiempo por la posibilidad de obtener el conocimiento el valor de seguir adelante y lograr algo tan grande en mi vida. Por darme el don de la vida, brindarme la oportunidad de elegir esta profesión para brindarles el cuidado a los enfermos y sanos con humanidad y respeto.....

A MIS PADRES:

Quiero agradecerles lo que ahora soy.....

Gracias, porque me dieron la vida, porque me dieron un hogar, por su amor, por las caricias, por el dolor, por las sonrisas por el sufrimiento, por los regaños y por el aliento. Gracias por la oportunidad de estudiar, y hoy, más que nunca, les doy las gracias por darme una carrera para tener un mejor porvenir, por creer en mi, por brindarme sus consejos, su apoyo incondicional y todo su amor.

Con todo mi corazón, que este día tan importante papá, mamá, gracias por acompañarme, gracias por todo lo que me han dado, , que Dios no pudo escoger de una manera mejor, a mis padres. ¡LOS QUIERO!

A MIS HERMANOS:

A quien adoro y que me han ayudado a lo largo de la vida a superar los obstáculos, la forma peculiar de expresar y demostrar su cariño y apoyo, Por haber compartido conmigo cada momento, por llorar juntos, por creer en mí, por hacerme aceptar mis errores, y hacer que yo me ría de mí en algún momento. Solo ustedes me entienden porque saben mi vida y hemos estado juntos en las buenas y malas. Hoy quiero decirles que los quiero mucho, sin su apoyo, todo hubiera sido mas difícil, gracias por su comprensión, cariño apoyo moral, lo cual me ha permitido seguir en mi crecimiento profesional y como ser humano. ¡GRACIAS HERMANOS!

También quiero agradecer al amor de mi vida por apoyarme en todo momento y a pesar de la distancia siempre me has hecho sentir que estas a mi lado en cada momento y por todo el amor que me has brindado y que ha sido fundamental durante estos meses, por impulsarme a seguir adelante y no decaer en mi investigación. Gracias mi amor!

En especial Le agradezco al señor J.J.C. mi paciente que dejo que le ayudara un poco y me abrió su corazón y las puertas de su casa para hacer realidad este proyecto así como todos los sus familiares que me permitieron conocerles y por la confianza hacia mi, además de que juntos salimos adelante en este proyecto de ardua investigación y trabajo. ¡Gracias señor José!

A MI ASESOR:

Quiero y debo agradecerle por su tiempo dedicación y entusiasmo, al enseñarme el secreto de amar a nuestra profesión. Por su gran calidad humana, por su capacidad académica. Por el estímulo brindado para seguir adelante, por sembrar en mi, raíces profundas, el deseo y la pasión por mi carrera, pero sobre todo por la exigencia para dar lo mejor de mi.

A MI ESCUELA:

A la facultad de lic. En enfermería misma que ha sido el escalón de cientos de compañeros que han puesto su espíritu, cuerpo y alma para alcanzar nuestros más grandes sueños. Hoy, concluimos un proyecto más en nuestras vidas, y no hay nada más satisfactorio que ver nuestros objetivos realizados. Siempre que se logra un proyecto, valió la pena, durante nuestra estancia en la facultad de lic. En enfermería hemos logrado desarrollar nuestras potencialidades y se que, somos capaces de afrontar por sí solos los retos más grandes y así alcanzar nuestros proyectos personales. El resultado de lo que hemos logrado, no solamente es un motivo de satisfacción, sino que nos debe impulsar para trabajar arduamente, para lograr el éxito. Éste debe ser el compromiso de todos.

INDICE

I.-INTRODUCCION.....	-----1-2
II.-JUSTIFICACION.....	-----3-4
III.-OBJETIVOS.....	-----5
IV.- MARCO TEORICO.....	-----6
✓ 4.1.-Metodología de enfermería.....	-----6-9
* 4.1.1.-Etapas del proceso enfermero.....	----- 10
• 4.1.1.1.-Valoración.....	-----10-14
• 4.1.1.2.-Diagnostico.....	-----15-20
• 4.1.1.3.-Plantación.....	-----21-26
• 4.1.1.4.-Ejecución.....	-----27-30
• 4.1.1.5.- Evaluación.....	-----31-33
✓ 4.2.-Filosofía de Virginia Henderson.....	-----34
• 4.2.1.-Antecedentes personales.....	-----34-35
• 4.2.2.-Fuentes teóricas.....	-----36
• 4.2.3.- tendencia y modelo.....	-----36

- 4.2.4.-Principales conceptos.-----
-----36-39
- 4.2.5.-Supuestos principales.-----
-----40
- 4.2.6.-Afirmaciones teóricas.-----
-----41
- 4.2.7.-Método lógica.-----
-----42
- 4.2.8.- Aceptación por la comunidad de la enfermería.-----
-----42-43
- ✓ 4.3.- Padecimiento actual.-----
-----44
- * 4.3.1.-Prótesis total de cadera-----
-----45-46
 - 4.3.1.1.-Procedimiento.-----
-----46-47
 - 4.3.1.2.- tipos de prótesis de cadera.-----
-----48-49
 - 4.3.1.3.-riesgos de una prótesis total de cadera.-----
-----49
 - 4.3.1.4.-complicaciones.-----
-----50
 - 4.3.1.5.-inmediatamente después de la operación.-----
-----51
 - 4.3.1.6.-precauciones.-----
-----52-54
 - 4.3.1.7.-rehabilitación-----
-----55-64
- ✓ 4.4.-Diabetes mellitus.-----
-----65
 - 4.4.1.-Descripción.-----
----- 66

• 4.4.2.-Causas.-----	
-----66	
• 4.4.3.-Síntomas.-----	
-----67	
• 4.4.4.-Clasificación.-----	
-----68-69	
• 4.4.5.-Diagnósticos y pruebas de laboratorio.-----	
-----69-71	
• 4.4.6.-Tratamiento.-----	
-----71-76	
• 4.4.7.-Complicaciones.-----	
-----76-83	
• 4.4.8.-Prevención.-----	
-----84-85	
V.- METODOLOGIA.-----	
-----86	
VI.- DESARROLLO DE LA METODOLOGIA.-----	
-----87	
✓ 6.1.-resumen del caso clínico. -----	
-----87-88	
✓ 6.2.- Clasificación por necesidades.-----	
-----89-92	
✓ 6.3.-clasificación de necesidades y datos objetivos y subjetivos.-----	
---93-95	
✓ 6.4.-clasificación de datos significativos y diagnósticos encontrados-----	
--96-97	
✓ 6.5.- Jerarquizacion de diagnósticos.-----	
-----98	
✓ 6.6.- desarrollo de plan de cuidados.-----	
-----99	
• 6.6.1.-Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.-----	
99-101	

- 6.6.2.-Necesidad de evitar peligros.-----
-----102-104
- 6.6.3.-Necesidad de comunicarse adecuadamente.-----
----105-107
- 6.6.4.-Necesidad de ocuparse de su propia realización.-----
--108-109
- 6.6.5.-Necesidad de actividades recreativas.-----
-----110-112
- 6.6.6.-Necesidad de aprendizaje.-----
-----113-114

VII.- CONCLUSIONES-----
-----115

VIII.- SUGERENCIAS-----
-----116

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----
-----116

X.-BIBLIOGRAFIA-----
-----117-118

XI.- ANEXOS Y APENDICES-----
-----119-130

I.-INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un método sistemático de cuidados en el que se identifican problemas reales o potenciales, con la finalidad de establecer planes de acción y así poder actuar para mejorar la salud del usuario.

La labor de enfermería esta orientada no solamente a la atención del individuo enfermo que requiere de actividades para el alivio de su padecimiento y para la recuperación de su salud sino también al individuo sano, en el área de la promoción de la salud. La atención de enfermería tiene entre sus principales objetivos la promoción de salud y la prevención de la enfermedad detectando posibles factores de riesgo y brindar información oportuna para evitar los peligros que amenazan la salud de un individuo, familia o comunidad.

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el proceso de atención de enfermería, se trata de un proceso continuo, integrado por diferentes etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados de enfermería orientados hacia el bienestar del paciente.

Uno de los padecimientos que necesita de la atención de enfermería es para los pacientes que se han intervenido para un reemplazo de articulaciones, específicamente de cadera total es una cirugía que reemplaza con partes artificiales una articulación de la cadera gravemente dañada. Estas partes artificiales se llaman prótesis, las que están fabricadas de metal o de una mezcla de metal y de plástico. La finalidad de la cirugía es disminuir el dolor y facilitar el movimiento. Esta cirugía se realiza principalmente en personas con artrosis o artritis reumatoide severa en la cadera. La mayoría de los reemplazos de cadera son exitosos y representan un cambio positivo. Sin embargo, a la mayoría de los pacientes les toma entre 3 a 5 meses recuperar su fuerza y energía. (1). Y este reemplazo de la articulación de cadera se hace principalmente en personas de 60 años y más. Por lo general, no se recomienda para personas más jóvenes, debido a la tensión que pueden ejercer sobre la cadera artificial y que puede hacer que ésta falle prematuramente.

Otro de los padecimiento que requiere de atención especializada de enfermería así como de sus cuidados es la Diabetes Mellitus que es una enfermedad producida por una alteración del

metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y en la orina. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar los ojos, riñones, corazón y las extremidades.

Es una de las enfermedades que provocan un gran número de muertes en nuestra población, afectando de manera individual, grupal a nuestra sociedad alterando la calidad de vida del ser humano y provocando un desequilibrio, emocional, físico, espiritual y social.

Además de que no discrimina edades, sexo, orígenes raciales y socioeconómicos de manera que sigue siendo una de las patologías con mayor prevalencia hasta nuestros tiempos. Sin embargo debido al avance de la medicina y de las diferentes técnicas que la complementan, puede realizarse un diagnóstico precoz, que junto con un tratamiento correcto retrasa o incluso evita la aparición de los efectos colaterales de la Diabetes.

El presente trabajo se realizó aplicando la metodología del proceso enfermero con la fundamentación científica basada en las 14 necesidades básicas que presenta el ser humano descritas por Virginia Henderson. El cual está estructurado de la siguiente manera la justificación donde se menciona en forma estadística la utilización de pacientes con prótesis de cadera y pacientes con diabetes mellitus, otro apartado de marco teórico el cual está dividido en cuatro apartados: primera parte el desarrollo de la metodología de enfermería que se recurrió para la aplicación de este trabajo de atención enfermera. así como de sus etapas del proceso las cuales están conformadas por valoración que es la primera etapa que consiste en la recogida de datos y organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores, diagnóstico de enfermería es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería, planificación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, ejecución es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados y evaluación es comparar las respuestas de la persona, determinar si se ha conseguido los objetivos establecidos.

Segunda parte la filosofía de Virginia Henderson, donde define a la enfermera como su única función es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila. Tercera parte uno de sus padecimientos, prótesis de cadera. Y en cuarta parte Diabetes Mellitus.

II.-JUSTIFICACION

Situación actual en nuestro entorno: La Prótesis de Cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos más Frecuentes hoy en día. Aunque con un costo elevado, se obtienen unos resultados excelentes en cuanto a ganancia de calidad de vida percibida por el paciente. Durante el año 1997, en España se realizaron un total de 14.040 intervenciones de sustitución total (64% en mayores de 75 años), con un tiempo de estancia media (EM) de 15,66 días; PC parcial en 8.014 casos (94% en mayores de 75 años), EM 16,88 días y 2.164 revisiones de sustitución de cadera (68% mayores de 75 años), EM 23,61 días. La indicación más frecuente es la osteoartritis para PC totales primarias, la fractura de cuello femoral para las parciales y el fallo mecánico para las revisiones. (1)

Según el Dr. Juan Ramón Valentí, director del departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra "En el 90% de los casos, la duración de las prótesis totales de cadera supera los quince años" " En la mayoría de los casos esta técnica se indica en pacientes afectos de artrosis de cadera"

La Diabetes Mellitus actualmente en el país se sitúa entre las diez primeras causas de muerte para todas las edades, y entre las cinco primeras causas de muerte en las edades comprendidas entre 50 y 64 años, lo que constituye un problema de salud por su elevada mortalidad. En 1997 la Diabetes Mellitus representó el 2.6 % de las defunciones, 1.7 % en los hombres y 3.8 % en las mujeres.

La vida sedentaria y el abuso en el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares resultan la suma idónea para generar una enfermedad cada vez más común: la diabetes. Su alarmante avance mundial ha llevado a este pronóstico: 300 millones de individuos enfermos para 2025 o 2030, de los cuales muchos son jóvenes. Hoy, los países con mayor índice son los europeos (en especial, Italia); otros son los Estados Unidos, India, China, Pakistán, Indonesia, Federación Rusa, México, Brasil, Egipto y Japón. En México, el índice de enfermos ha alcanzado de 8 a 10 millones: 30% ignora su padecimiento, por lo cual los sistemas de salud han intensificado las campañas preventivas. (2)

Con base en los resultados obtenidos en la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus, 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y en 31.3% fue hallazgo de la encuesta.

Esto obliga a adecuar la prestación de los servicios por el Sistema Nacional de Salud ante los crecientes daños a la salud. La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas y representa 16.7% de las defunciones; además, es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 1991, la cual, comparada con la de 1980, representa una variación absoluta de 11.67 puntos y 33.59% de variación relativa. (3)

La mortalidad por diabetes tiene estrecha relación con la de padecimiento cardiovasculares y renales. También es mayor en la edad avanzada. En México en el año de 1982 ocupó el 7° lugar dentro de la mortalidad general, pero por grupos de edad aparece el 10° entre los 25 y 44 años: en el 7°, entre los 45 y 64, y en el 5° en el grupo de 65 años y más. (SS, 1986). Las tasas de prevalencia aumenta con la edad, así en 1984 la prevalencia fue de 13.1 por 100000 habitantes entre 35 y 44 años; 51.5 entre 55 y 64 años; 249.1 entre 65 y 74 años y 453.2 por 100 000 habitantes en el grupo de edad de 75 años y mas (SS, 1986). En 1995 se informaron 94976 casos, habiéndose acumulado 173 980. Estos señala la frecuencia extraordinaria de este padecimiento, y la necesidad de realizar actividades de detección y de tratamiento oportuno y continuado. (4)

Es por todo ello que se considera d gran importancia que los profesionales de enfermería sean capaces de aplicar eficazmente la metodología de intervención de enfermería para identificar las necesidades que presenta el paciente y cuidar posibles complicaciones no solo en caso específico de paciente con prótesis de cadera si no en todos los problemas de salud y en que pueda afectar su integridad al ser humano

III.-OBJETIVOS

3.1.- GENERAL

Aplicar la metodología del proceso enfermero en un paciente con prótesis de cadera y diagnóstico médico de diabetes mellitus, para favorecer la recuperación y salud del paciente, basándome en los conocimientos adquiridos durante el proceso de aprendizaje y en el curso de proceso enfermero con fines de titulación para obtener el grado de licenciado en enfermería.

3.2.-OBJETIVO ESPECIFICO:

- ✓ Identificar problemas y necesidades que alteren el estado hemodinámico, fisiológico, psicológico, físico y social del paciente.

- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de NANDA con la finalidad de restablecer los problemas y necesidades del usuario para una mejor calidad de vida.

- ✓ Orientar a la familia sobre la importancia que tiene su colaboración en actividades para el beneficio del paciente.

- ✓ Realizar acciones de enfermería que ayuden a mejorar su estado de salud de acuerdo a las capacidades aptitudes económicas e interés del paciente.

IV.- MARCO TEORICO

El presente trabajo esta sustentado en el proceso de enfermería donde lo revisaremos como primer apartado revisaremos la metodología de enfermería su definición y organización que consta de cinco etapas que describen a continuación detalladamente en este apartado: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. En el segundo apartado abordaremos la filosofía de virginia Henderson su historia, método, 14 necesidades. En un tercer apartado mencionaré los antecedentes de la prótesis de cadera y los pacientes que la utilizan y los cuidados necesarios que deben tener y en un cuarto apartado mencionaremos la diabetes mellitus como una enfermedad crónico degenerativa su etiología y clasificación además del cuidado necesario para los pacientes.

4.1.- METODOLOGIA DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como procesos de atención enfermería, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeacion y ejecución): Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspirall (1976) y algunos autores mas, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnostica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre si. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. (5)

DEFINICIÓN

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizando como rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de virginia henderson facilita de forma,

Extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano-psico-social, cultural y espiritual y la busquedad de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible. (6)

Yura y Walsh (1988) afirma que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cubrir el objetivo de la enfermería, mantenía el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible. (7)

PROPOSITO

Proporcionar un sistema dentro del cuál se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. Además de Identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades.

ESTRUCTURA

Esta organizado en cinco etapas identificables que se convierten en los elementos concretos para operativisar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería.(8)

1. **valoración.** esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.
2. **diagnostico.** los datos recogidos son analizados e interpretados de forma crítica. se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.
3. **planificación.** se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.
4. **ejecución.** es el inicio y terminación de las acciones para lograr los resultados definidos en la planificación. implica la comunicación del plan a todas a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.
5. **evaluación.** es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales.(9).

UTILIDAD

Queda constatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad:

- ◆ Impide omisiones y repeticiones
- ◆ Favorece la individualización
- ◆ Permite una buena comunicación (8)

PROPIEDADES

El proceso de enfermería tiene ocho propiedades:

- ◆ **Intencionado:** Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- ◆ **Sistemático:** Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.
- ◆ **Dinámico:** Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de las relación entre profesional de enfermería y cliente.

- ◆ Interactivo: Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.
- ◆ Flexible: Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- ◆ Base Teórica: Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería. **(10)**
- ◆ Método: por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- ◆ Humanista: por considera al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar. (5).

BENEFICIOS

- ◆ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- ◆ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- ◆ Evita que se pierda de vista el factor humano
- ◆ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- ◆ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- ◆ Ayuda a que:
 - ◆ los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos
 - ◆ las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

4.1.1.-ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

4.1.1.1.-VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería que se define como el proceso organizado y sistematizado de recogida y recopilación de datos, sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente, a la familia o a cualquiera otra persona que de atención al paciente, y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados. (11)

La valoración puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de henderson, a si mismo la valoración por un modelo medico puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Componentes:

- 1.-recolección de la información.
- 2.-organización de datos (8)
- 3.-validación de datos.
- 4.-registro de la información.

Tipos de datos

Los datos se clasifican según pueden ser observados medidos y/o supuestos en:

- ✓ **Objetivos** (signos manifiestos) son aquellos que son observables y medibles por lo tanto delatan una información concreta y exenta de parcialidad habitualmente estos datos se obtuvieron a través de los sentidos (olfato, vista, oído y tacto) durante la exploración física del cliente. Ejemplo: signos vitales, coloración de la piel, llanto, edema y peso.
- ✓ **Subjetivos** (síntomas o datos encubiertos) son los datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirse y certificarlos. Estos datos se obtienen generalmente durante la

amnesia de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre si misma y sobre el estado de la salud personal.

- ✓ Históricos: antecedentes (hechos acaecidos con anterioridad)
- ✓ Actuales: los que refiere el cliente como datos del momento del presente

Es importante que la enfermera no haga generalizaciones o interpretaciones (sobre todo con los datos objetivos) es más útil la descripción específica del comportamiento del cliente ya que las causas de este deberán ser investigadas. . (8)

Recolección de datos:

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es importante a aprovechar cada momento con el usuario y familia para recolectar datos que nos permita conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Fuentes directas (el usuario y familia que constituyen la principal fuente de información), fuentes secundarias son los amigos y profesionales por que aportan datos valiosos sobre el usuario. Las fuentes indirectas son expedientes clínicos y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con un guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos, la recolección de datos del usuario puede ser general y específica así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectada un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente en consecuencia se pueden realizar simultáneamente.

A) La entrevista es una labor compleja que requiere ante todos de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la atención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Todas las entrevistas por mas sencilla que sea debe tener una Introducción para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicarse la razón de la entrevista: también debe poseer un Modelo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración, por ultimo la entrevista debe presentar un Cierre para informar al usuario sobre su termino, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se debe tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

- ◆ Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisación).
- ◆ Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- ◆ Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
- ◆ Mantener durante la entrevista una distancia de uno a dos metros con relación al usuario por que lo puede intimidar o demostrarle falta de interés, también hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura para evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario.
- ◆ Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad.
- ◆ Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos)
- ◆ Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel del usuario (evitar términos desconocidos).
- ◆ Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando)
- ◆ Conseguir la información sin presionar al usuario, por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.

- ◆ Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que la palabra.
- ◆ Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar adivinar o completar)
- ◆ Desarrollar la capacidad de empatía con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

B) El examen físico nos permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería, este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar el examen físico se requiere cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de los signos vitales y de la somatometría.

- ◆ **Inspección:** Se refiere a la exploración visual del cliente, para determinar repuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ◆ **Palpación.** Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- ◆ **Percusión.** Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.
- ◆ **Auscultación.** Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos de cuerpo.(9)

C).- Observación:

Sistemática implica el uso de sentidos para adquirir información relativa al cliente, persona allegadas al entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. Es una técnica que requiere disciplina y practica, experiencia y conocimiento cada uno de los datos identificados durante la observaciones deberá ser mas estudiada, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales de la enfermera. (8)

Organización de datos.

La enfermera puede organizar los datos en diferentes esquemas o modelos disponibles, éste se puede modificar de acuerdo al estado físico del cliente. Alguno de los modelos son los patrones funcionales de Gordón, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy. (9) las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de los datos es necesario revalorar al usuario, solicita a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se estén seguros, compara datos objetivos y subjetivos. La validación de los datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable que en la etapa de diagnostico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Registro de la información

Es el ultimo paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue de la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Con respecto al registro de datos este varia de un control laboral a otro pero el saber como y que anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerte a si mismo de posibles demandas por mala practica profesional.

4.1.1.2.-DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia, o la comunidad problemas de salud, procesos de salud vital real o potencial los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo. (12)

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales

- ✓ Razonamiento diagnóstico
- ✓ Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
- ✓ Validación.
- ✓ registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- ✓ Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- ✓ Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- ✓ Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, holísticos y actuales) con los factores relacionados/riesgos y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- ✓ Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- ✓ Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser principal responsable de la precisión prevención y tratamiento del problema.
- ✓ Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas y a las respuestas fisiopatológicas.
- ✓ Determinar los factores relacionados o de riesgo

Requisitos para los diagnósticos:

- Capacidad de acción se refiere a la capacidad de la enfermera para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco-teórico conceptual y en instrumento de valoración.
- Capacidad intelectual es decir, el tener como norma de comportamiento el indultar y cuestionar.
- Conocimientos clínicos y expedientes estos le permitirá inferir las conclusiones.

Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes:

Diagnostico enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la practica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnosticas de la NANDA.

Clasificación de diagnostico enfermero

El diagnostico enfermero real: estado o situación alterado que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas) del diagnostico, en este tipo de diagnósticos el enfoque de las actividades de enfermería se dirige hacia la eliminación, reducción del problema y el control, síntomas presentes. (8)

El diagnostico enfermero de riesgo (potencial). Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos) solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud. Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Reconoce a los pacientes sanos que desean lograr un mejor funcionamiento en un área específica, estos diagnósticos el personal se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar. (8)

Componentes del diagnóstico enfermero

Hay diferentes formas de presentar un diagnóstico enfermero, el más utilizado parte del modelo de **PES**. **(P)**, es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre un respuesta que arriesga su salud, **(E)** etiología o factores que producen el problema, todo el conjunto de valores ideológicos y socioculturales, psicológicos o fisiológicos que puede tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición y el enunciado **(S)** Representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica. (9)

Como estructurar los diagnósticos enfermeros

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con la palabra **RELACIONADO CON** y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras **MANIFESTADO POR....**

Para un diagnóstico enfermero de riesgo (potencial) se emplea únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Ejemplo:

Riesgo de intolerancia a la actividad RELACIONADO CON procesos de envejecimiento y estilo de vida sedentario.

En cuanto a la formulación de diagnósticos de salud estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento o potencial de mejora de”.

Problema interdependiente

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Para estructurar los problemas interdependientes

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología: los problemas interdependientes de riesgo únicamente requiere del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de al único de su formulación. Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras **SECUNDARIO A** y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras **MANIFESTADO POR**.

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería.

- ◆ Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.
- ◆ Usar “relacionado con” en lugar de “debido” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- ◆ Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
- ◆ Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.
- ◆ Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
- ◆ Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnóstico.
- ◆ Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
- ◆ Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- ◆ No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
- ◆ Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.(9)

Se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros

1. Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Usar debió a: en lugar de relacionado con.
5. Redactar diagnósticos enfermeros con juicio de valor que surgen de los valores personales y normas del profesional de enfermería y no de datos objetivos y subjetivos.
6. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
7. Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tenga igual significado.
8. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera, pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

Validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes. Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esta en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes pueden escribirse en la en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de Planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad los registros de enfermería sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sin juicios clínicos.(5)

4.1.1.3.-PLANEACION

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas interdependientes y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería. Los **resultados** indican lo que el cliente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las **intervenciones** de Enfermería describen de que modo la enfermera puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados. (9)

Pasos

- ✓ Establecer prioridades
- ✓ Elaborar objetivos
- ✓ Determinar acciones de enfermería
- ✓ Documentar el plan de cuidados

Establecer prioridades

La priorización siguiendo que amenazan la vida e interfieren con las necesidades humanas, resulta fácil cuando la enfermera sigue un orden:

1. Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.
2. Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.
3. La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería.(9)
4. problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
5. problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
6. problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
7. problemas que interfieren con la autoestima
8. problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas, es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y graves; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en formas simultáneas a los problemas interdependientes.

Elaboración de objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación.

Normas generales par la descripción de objetivos:

1. Cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observados y medibles.
2. Describir en forma de resultado o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
3. Elaborar objetivos cortos.
4. Hacer específicos los objetivos. (12)

Establecimientos de objetivos:

- ≡ Describir lo que el cliente será capaz de hacer en un momento determinado.
 - ≡ Derivados directamente de los diagnósticos.
 - ≡ Permiten evaluar el funcionamiento del plan de cuidados (validez y eficacia).
 - ≡ Permiten dirigir las actividades de enfermería en el sentido de alcanzar dichos objetivos.
- (8)

Formula para describir un objetivo:

Sujeto + Verbo + Criterio de realización + condiciones (si son necesarios) = enunciado del objetivo. (12)

Directrices para redactar los objetivos son:

- ◆ Los resultados deberán estar relacionados con la respuesta humana
- ◆ Tienen que estar centrados en el cliente. Deberá tratar sobre lo que hará el cliente y cuándo y hasta que punto se llevará a cabo.
- ◆ Deberán ser claros y concisos
- ◆ Asegurarse de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado. Es importante tomar en cuentas los recursos con los que se cuente. Y deberán describir comportamiento mensurable y observable.
- ◆ Asegurarse de que el paciente considera los objetivos importantes y los valora.
- ◆ Asegurarse de que los objetivos y los criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ◆ Asegurarse de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico enfermero.(9)

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del dx. enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final) y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivos específicos)
2. Estar dirigidos al usuario, familia, por que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivos y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud. (13)

Determinación de acciones de enfermería

Son todas aquellas acciones (estrategias específicas para ayudar al cliente al logro de los objetivos) que realiza el equipo de enfermería dirigidos a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de enfermería y protectoras de los riesgos ambientales, incluyendo además acciones conducentes a la recuperación de la salud, al control de la enfermedad y sus complicaciones, así como a la rehabilitación, estas basan en los factores etiológicos o relacionados identificados en la 2da participación del diagnóstico de enfermería.(8). En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.(5)

El éxito de las intervenciones o estrategias, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas eficaces. Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Y pueden ser interdependiente e independientes. (9)

Componentes del plan de cuidados

Pueden estructurarse de varias formas dependiendo de las normas institucionales, no obstante normalmente los componentes del plan deberán ser:

- ◆ Diagnósticos de enfermería o problemas independientes.
- ◆ Objetivo (deberá describirse minimamente un objetivo por cada diagnóstico y estos pueden ser a corto o largo plazo).
- ◆ Actividades de enfermería
- ◆ Informe de la evaluación. (8)

Los planes de cuidados pueden ser:

- ◆ Individualizados cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el dx. Enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- ◆ Estandarizados en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.
- ◆ Computarizados que surgen de planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características de las intervenciones.

1. Ser congruentes con el plan de cuidados. No deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.
2. Basarse en principios científicos. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería.
3. Individualizarse a las situaciones en concreto. Centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico, incluir la opinión del paciente y familia, tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y familia y tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico. Deben satisfacer las necesidades fisiológicas, antes de poder ocuparse de niveles superiores. En un ambiente seguro, se proporcionan estas necesidades básicas mediante las intervenciones médicas y de enfermería. Para un ambiente terapéutico, se desarrollan estrategias que resulten eficaces en la promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud. Las intervenciones pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier tipo de acción que prometa ser útil.
5. Utilizar los recursos apropiados (ANA). La enfermera debe tener en cuenta si la intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.(5)

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

- a) Deberán estar fechadas y firmadas
- b) Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.
- c) Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- d) Deberán estar individualizadas.(9)

Documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. (5). Además es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería y progresos periódicos o informe de evaluación

Finalidades de la documentación

- ◆ Proporcionar cuidados individualizados.
- ◆ Continuidad asistencial.
- ◆ Comunicación con el equipo de salud.
- ◆ Evaluación del cuidado del cliente y de la calidad de la atención. (8)

Propósitos

Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Característica

1. Está escrito por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente.
3. Están fácilmente disponibles y actualizados.(9)

4.1.1.4.-EJECUCION

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Tras valorar de nuevo al cliente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar. Además de incluir el delegar cuidados a otro personal de enfermería o supervisar y evaluar las actividades de enfermería de otros. Tras cumplir las órdenes de enfermería, las enfermeras completan la fase de ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería. (9)

Así mismo lo definen como la realización de ayuda o la dirección de la realización de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y la información al cliente o a la familia, la prestación de cuidados directos, la supervisión y evaluación del trabajo del cuerpo de enfermería y el registro e intercambio de información relacionada con la asistencia sanitaria continuada al cliente. (8)

Ejecución: validación del plan de atención + documentar el plan de atención + brindar atención de enfermería + continuar la recolección de datos. (12)

Pasos de la ejecución

- ✓ Preparación.
- ✓ Intervención.
- ✓ Documentación.

Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo a las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.

3. tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. reunir el material y equipo necesario llevar a cabo cada intervención
5. crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.(5).
7. Interpersonales: son esenciales para una actuación eficaz de enfermería, el personal ha de comunicarse en forma clara con el paciente y debe estar atento a las respuestas emocionales del paciente y reconocer con momento el estado psicológico del paciente.
8. Técnicas: se refiere a los diversos procedimientos de enfermería que se deben realizar con el paciente, algunos pueden ser nuevos por lo que se debe valorar la capacidad del profesional de enfermería y determinar la necesidad de ayuda de nuevos conocimientos. (8)

Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta.

Normas para la ejecución de las actividades de enfermería

- ◆ Nunca efectúe una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica su efecto y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- ◆ Antes de llevar a cabo la actividad vuelva a valorar al paciente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente.
- ◆ Realizar actividades no puede ser un proceso de repetición mecánica e inconsciente debe valorar continuamente la respuesta del paciente y estar preparado para cambiarlos si no funcionan correctamente.
- ◆ Al llevar acabo actividades de enfermería deberán efectuarse en un entorno seguro y terapéutico.
- ◆ Cuando realice actividades de enfermería compruebe que conoce los protocolos y procedimientos institucionales ya que a menudo varían de un centro a otro.
- ◆ Al realizar las acciones de enfermería es importante también considerar que siendo las enfermeras y los pacientes los involucrados en las acciones convenientes reflexionar sobre los derechos de ambos.(8)

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instrucciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia ser base para evaluación investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las acciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como:

- ✓ fecha y hora
- ✓ datos de valoración
- ✓ intervenciones de enfermería
- ✓ resultados obtenidos
- ✓ nombre y firma de la enfermera.

Así mismo las notas deben ser claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Topologías de registros

- ✓ Registros diferenciados por disciplinas.
- ✓ Registro cuyo núcleo son los problemas del paciente es más usual en los centros de salud y las instituciones clínicas.
- ✓ Alternativa cambiada consiste en un régimen llamada historia clínica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central (un formato de planeación unificado y conjunto).(12)

4.1.1.5.-EVALUACION

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continuo y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados por lo tanto es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar). (8)

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

1. ¿la valoración estuvo completa y la información fue válida?
2. ¿el razonamiento diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
3. ¿los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
4. las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos.

Componentes:

- ◆ Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos: Esto sirve para 2 propósitos:
 1. Establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos,
 2. Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.
- ◆ Obtener datos relacionados con la evolución esperada: de esta manera se pueden extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Puede ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.
- ◆ Comparar los datos de la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos
- ◆ Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente: es determinar si las acciones son la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo o para su no consecución.
- ◆ Obtener conclusiones sobre el estado del problema: La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.

- ◆ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente: dependiendo del centro las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados utilizando su rotulador, para remarcar suspendido y la fecha. Hay que tomar ciertos números de decisiones sobre continuar, modificar o suspender los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de continuar con modificaciones la enfermera debe determinar primero por que el plan no fue completamente eficaz.

Pasos para realizar la revisión del plan de cuidados.

- Valoración: Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados.. Si esto ocurre la enfermera debe de valorar de nuevo al cliente y registrar nuevamente los datos.
 - Diagnostico: Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. La enfermera debe analizar si el problema fue correctamente identificados y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para la base de datos. Tras esta acción la enfermera revisa y añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades, para reflejar los datos mas recientes del cliente.
 - Planificación (evolución esperada): Si el diagnóstico de enfermería no es preciso, obviamente habrá que revisar el informe de los objetivos.
 - Ejecución: La enfermera investiga si las estrategias de enfermería estuvieron relacionadas con la consecución de objetivos y si se escogieron las mejores estrategias.
 - Evaluación: La enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.
- (9)

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificado o dado por finalizado por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregir. Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el

progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (5)

4.2.-FILOSOFIA DE VIRGINIA HERDERSON

La filosofía investiga las causas y leyes que subyacen tras la realidad e indaga sobre la naturaleza de los casos basándose más en un razonamiento lógico que en métodos empíricos, los elementos de una disciplina que no se pueden someter a un análisis empírico, los enunciados que reflejan valores, metas u opiniones contribuyen a la filosofía basándose en la opinión, la filosofía que prevalece en una disciplina es la que resulta compartida por el mayor número de miembros en cuanto a la aceptación de las creencias, valores, metas y opiniones.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan mediante el diseño de una interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir y predecir, esta formada por proposiciones hipotéticas que no se basan necesariamente en datos empíricos, sus funciones son resumir el conocimiento, explicar los fenómenos de interés para la disciplina y facilitar los medios para predecir y en última instancia controlar los fenómenos.

El modelo es un conjunto de entidades que constituyen una interpretación de todos los axiomas y teoremas de un sistema, siendo todos ellos verdaderos, además representa la formulación teórica previa a la elaboración de un soporte empírico adecuado, estos evolucionan a teorías mediante la elaboración del soporte empírico a través de los enunciados de relación.(14).

4.2.1.-DATOS BIOGRAFICOS (1897-1996)

- ◆ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C..
- ◆ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ◆ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ◆ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. .
- ◆ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

- ◆ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ◆ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ◆ 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Virginia nació el 19 de Marzo 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 más importantes de su teoría son:

- ◆ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ◆ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud
- ◆ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- ◆ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

4.2.2.-FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la Nacional Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

4.2.3.-TENDENCIA Y MODELO

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

4.2.4.-PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Metaparadigma

Definición de 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. , actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- ✓ La salud es calidad de vida
- ✓ Es fundamental para el funcionamiento humano
- ✓ Requiere independencia e interdependencia
- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Entorno

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

- ✓ Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermería puede interferir en dicha capacidad.
- ✓ La enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad
- ✓ Las enfermeras deben proteger al paciente de lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimientos.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

- ✓ La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional
- ✓ El cuerpo y la mente son inseparables.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia en enfermería y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse adecuadamente.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.

12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ◆ Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ◆ Variables: estados patológicos:
 - ◆ Falta aguda de oxígeno.
 - ◆ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - ◆ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - ◆ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - ◆ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - ◆ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - ◆ Una enfermedad transmisible.

- ◆ Estado preoperatorio.
- ◆ Estado postoperatorio
- ◆ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

4.2.5.-SUPUESTOS PRINCIPALES

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

4.2.6.-AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ◆ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ◆ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ◆ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmo que la independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás pero no esforzamos por alcanzar una interdependencia sano, no una dependencia enfermera.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo ya sea la dependencia o una muerte tranquila, una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente, lo mas normal posible, otro de los fines importantes para la enfermera es favorecer la salud, henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas mas especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

4.2.7.-MÉTODO LÓGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchas de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada.

4.2.8.-ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE LA ENFERMERÍA

Ejercicio profesional

La enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia, cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.

Formación

Para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades, la formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

Investigación

La enfermera deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia, para mejorar su actividad, de cada uno de los 14 componentes de asistencia básicas de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación y la función de la enfermera deberá asistir en asumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

Una enfermera no debe limitarse a realizarse solo una labor investigadora, sino que debe comportarse siempre como investigadora ya escriba o no, transmita en público o no sus

conclusiones. Como lo define Henderson de una función especializada de la enfermera esta enormemente extendida, ha llegado a convertirse en piedra angular sobre la que se sustenta la enfermera como una disciplina científica profesional.

4.3.-PADECIMIENTO ACTUAL

Los pacientes con dolor articular intenso e incapacidad suelen someterse a reemplazo de la articulación, entre los padecimientos que contribuyen a la degeneración articular se incluyen osteoartritis (enfermedad articular degenerativas), artritis reumatoide, traumatismo y deformidades congénitas y algunas fracturas.

El tratamiento con reemplazo de la articulación es una alternativa a la reducción abierta y fijación interna, las articulaciones que se reemplazan con mayor frecuencia son las de cadera, rodillas.

Con el reemplazo de la articulación se alivia notablemente el dolor en la mayoría de los pacientes, la restauración de los movimientos y el funcionamiento depende del estado de los tejidos blandos en el preoperatorio, las reacciones de dicho tejidos y la fuerza muscular general. (15)

UNA ARTICULACIÓN

Es una estructura del organismo donde encajan dos huesos. En el caso de la cadera son el hueso del muslo que se denomina fémur, cuyo extremo superior es una esfera, con una cavidad situada en la pelvis que se denomina acetábulo (fig. 1). Los extremos de los huesos que forman una articulación están recubiertos por un material liso y brillante denominado cartilago articular. Este material amortigua las fuerzas que actúan sobre el hueso subyacente y permite que la articulación se mueva fácilmente y sin dolor. La articulación se halla rodeada por una cápsula recubierta en su interior por una fina membrana denominada sinovial. La membrana sinovial produce un lubricante (el líquido sinovial) que ayuda a disminuir la fricción y el desgaste de la articulación. Envolviendo la articulación hallamos los músculos y tendones que también ayudan a mantener su estabilidad y permiten su movimiento.

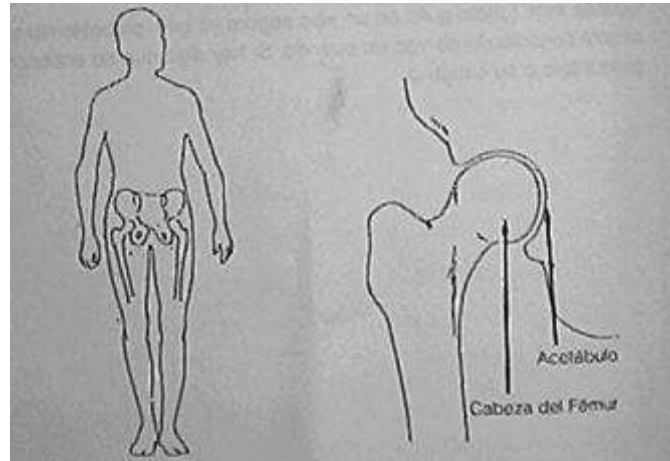


FIG.1

Articulación de la cadera

4.3.1.-PROTESIS DE CADERA

La sustitución total de la cadera (Prótesis total de cadera) es una operación dirigida a reemplazar la articulación de la cadera que está deteriorada, generalmente por artrosis. La articulación de la cadera es una articulación de tipo esférico. La esfera está formada por la cabeza del hueso del muslo (fémur) y se articula perfectamente con una cavidad que hay en la pelvis (acetábulo).



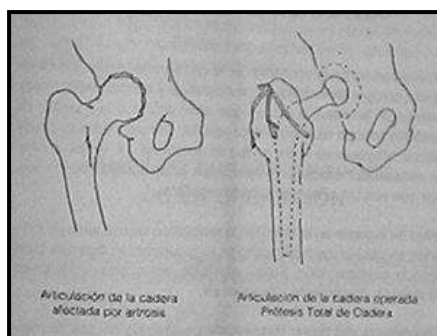
Necesario de una prótesis de cadera

La razón más frecuente para colocar una prótesis total de cadera es la de eliminar el dolor y la incapacidad que causa una destrucción severa de la articulación. La artrosis, proceso en que se produce el desgaste del cartílago articular, es la indicación más frecuente para la colocación de una prótesis total de cadera (Fig. 2). La articulación también puede resultar dañada por otros procesos como fracturas, la artritis reumatoide, etc. En la artritis reumatoide, la membrana sinovial produce unas sustancias químicas que atacan la superficie articular y destruyen el cartílago articular.

Debido al dolor y a la rigidez, el paciente evita la utilización de la articulación. Los músculos que rodean la articulación se debilitan y esto contribuye a dificultar la movilidad de la cadera. Cuando la destrucción articular es importante, una prótesis total de cadera puede permitir al paciente volver a desempeñar sus actividades diarias.

El diagnóstico de la artrosis o la artritis reumatoide incluye anotar los síntomas del paciente, realizar una exploración física, pruebas de laboratorio y radiografías que muestran la extensión de la destrucción articular. Una vez hecho el diagnóstico, puede considerarse la posibilidad de colocar una prótesis siempre después de que el tratamiento no quirúrgico u otras alternativas quirúrgicas hayan fallado sin conseguir eliminar el dolor y la incapacidad.

La operación de sustitución total de la cadera consiste en reemplazar la cabeza del fémur gastada por una esfera que va unida a un vástago o tallo (esto es lo que llamamos prótesis), y colocar en la cavidad de la pelvis (acetábulo) una cazoleta hecha de un plástico especial: polietileno. Estos dos componentes pueden ser fijados al hueso por un cemento especial llamado Metilmetacrilato. En casos especiales se pueden usar otros tipos de vástagos o de prótesis. Esto dependerá del cirujano. Esta nueva articulación va destinada a quitar el dolor, disminuir la rigidez y, en muchos casos, restablecer la longitud de las piernas, por consiguiente, ayuda a mejorar la movilidad.



Generalmente la artrosis de cadera es una enfermedad de personas mayores, pero también puede ocurrir en gente joven como consecuencia de artritis reumatoide, fracturas de cadera u otro tipo de problemas, como, por ejemplo, la necrosis de la cabeza del fémur

4.3.1.1.-PROCEDIMIENTO

Es una técnica quirúrgica. Con el paciente bajo anestesia el cirujano sustituye la articulación dañada por unos componentes realizados en materiales artificiales. El extremo superior del fémur, que es como una esfera, es sustituido por una esfera metálica o de cerámica unida a un vástago, habitualmente de titanio, que se inserta dentro del hueso. En la cavidad esférica de la pelvis, que está dañada, se inserta una cúpula de metal o de un material plástico (polietileno) denominada cótilo (Fig. 3).

Los materiales utilizados en las prótesis totales están diseñados para permitir una movilidad similar a la de la articulación normal. Los componentes suelen estar formados por un elemento metálico que encaja exactamente en un elemento de plástico. Se utilizan diversos metales, acero inoxidable, aleaciones de cobalto y cromo, o titanio. El plástico es polietileno de alta densidad que es duradero y resistente al desgaste. La fijación de los elementos de la prótesis al hueso puede realizarse directamente o mediante la utilización de un cemento.

Habitualmente colocamos prótesis totales de cadera de Titanio, con un recubrimiento de Hidroxiapatita (Fig. 4). La hidroxiapatita forma parte de la composición de los huesos lo que permite un anclaje biológico, firme y duradero, de la prótesis con el hueso. No obstante en determinadas circunstancias, cuando la calidad del hueso no lo permite, recurrimos a la utilización de prótesis cementadas.

Buscando una mayor duración de las prótesis de cadera, sobre todo cuando se indican en pacientes jóvenes, se han desarrollado nuevos materiales más resistentes al desgaste. También se ha ido modificando el tamaño de la cabeza de la prótesis, ya que a mayor tamaño de esta, hay menor desgaste y baja el riesgo de luxación.

Con el tiempo se ha visto que el polietileno se desgasta y tiende a producir partículas lo que produce finalmente un aflojamiento de la prótesis. En lugar del polietileno se utiliza cerámica, que es altamente resistente y de gran dureza.

El tipo de prótesis a utilizar va a depender de la edad y de las condiciones generales del paciente.

Fig.3:
Cótilo protésico.



Fig.4:

Vástago femoral con hidroxiapatita.



4.3.1.2.- TIPOS DE PRÓTESIS DE CADERA

Las prótesis de superficie son un procedimiento relativamente nuevo y no existen resultados clínicos a largo plazo. Se trata de una alternativa para pacientes jóvenes (50 años o menos), muy activos y con buena calidad ósea, a los que se tenga que implantar una prótesis de cadera.

Las prótesis de superficie están diseñadas para conseguir una supervivencia larga y que requieran un recambio protésico más tardío que el de la prótesis convencional.

Son el resultado del estudio de nuevos materiales de fricción como el Metal-Metal (Fig. 6), en los cuales no se usa polietileno. Los dos componentes son metálicos, lo que permite utilizar cabezas mucho más grandes, disminuyendo el desgaste y el riesgo de luxación. El metal se auto pone con lo cual la fricción es mucho más suave y atrae agua con lo que se auto lubrica. Estas cualidades hacen que las prótesis de este material sean más resistentes al desgaste.

Además, con este tipo de prótesis se conserva mucha mas cantidad de hueso del paciente ya que no es necesario quitar el cuello y la cabeza del fémur.

El resultado final es una cadera anatómica y biomecánicamente mas parecida a la articulación del paciente y con una mejor estabilidad, flexibilidad y arco de movimiento. El riesgo de luxación es mínimo. Se alcanza un nivel de actividad alto, mayor que con la artroplastia convencional (Fig. 7). Esta prótesis, a día de hoy, tiene unas indicaciones muy concretas. Nosotros las implantamos siguiendo unos criterios muy estrictos y siempre en pacientes jóvenes.



Fig.6:

Prótesis de cadera de superficie Metal-Metal



Fig.7:

Radiología después de una intervención de prótesis total de cadera de superficie (hip resurfacing).

Beneficios de una prótesis total de cadera

El mayor beneficio es la desaparición del dolor. Algunos pacientes notan alguna molestia en la articulación operada tras la intervención. Estas molestias son debidas a la cirugía y a que los músculos que rodean la articulación están debilitados por la inactividad. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas. La fuerza muscular suele recuperarse cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar. El grado de recuperación depende de lo

rígida que estuviera la articulación antes de la intervención. Las actividades de la vida cotidiana deben poder realizarse sin limitaciones: caminar, vestirse, conducir un vehículo....

Dependiendo de la edad del paciente, practicar algunos deportes también debería ser posible. (Caminar, golf, bicicleta, natación)

4.3.1.3.-RIESGOS DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Existen riesgos como en cualquier procedimiento quirúrgico. El paciente que está considerando la intervención debe explicar al cirujano cualquier problema médico que pueda complicar la cirugía. Para determinar el riesgo quirúrgico, con la máxima exactitud y prevenir posibles complicaciones, se practica una analítica sanguínea, una radiografía de tórax y un electrocardiograma. Estas pruebas son evaluadas por un anestesista. El anestesista le informará de los riesgos de la anestesia y del tipo de anestesia que se le practicará.

La colocación de una prótesis total de cadera implica la pérdida de una cierta cantidad de sangre, que puede producirse durante el acto operatorio o en las siguientes horas a través de los drenajes que se colocan para evitar la formación de hematomas. La mencionada pérdida de sangre hace necesaria, en algunas ocasiones, la realización de una transfusión sanguínea.

4.3.1.4.-COMPLICACIONES

La mayor complicación potencial de una prótesis total de cadera es la infección. Puede ocurrir justo en la zona de la herida o en profundidad alrededor de la prótesis. Puede ocurrir durante la estancia hospitalaria o una vez el paciente se halla en su casa. Puede ocurrir incluso años después de la intervención. La infección superficial de la herida se trata con antibióticos. La infección profunda, además del tratamiento antibiótico, requiere en ocasiones tratamiento quirúrgico para eliminar el foco de infección, pudiendo ser necesaria la retirada de la prótesis. Puede producirse una infección por diseminación de una infección en otra localización del organismo.

Para prevenir este tipo de infecciones, las personas portadoras de prótesis total deben tomar antibióticos antes de ser sometidos a una limpieza dental así como otros tipos de cirugía. Si se produce una infección debe ser tratada con antibióticos.

Otras complicaciones relacionadas directamente con la implantación de la prótesis son:

- * Aflojamiento. Es el problema mecánico más frecuente tras la implantación de una prótesis. Produce dolor y, si el aflojamiento es importante, puede ser necesario sustituir la prótesis por otra.
- * Luxación. Esta complicación suele producirse poco después de la intervención. En la mayoría de los casos el cirujano puede colocar la prótesis en su sitio manualmente. Raramente se requiere otra intervención. Tras una luxación suele colocarse una férula, durante algunas semanas, con la finalidad de mantener la articulación estable.
- * Desgaste. Suele producirse lentamente. Puede contribuir al aflojamiento pero raramente es necesario intervenir a causa del desgaste solo.
- * Rotura. La rotura del implante es muy rara. Si ocurre es necesaria una segunda intervención.
- * Lesión nerviosa. Raramente se lesionan los nervios próximos a la articulación intervenida. Esto ocurre en los casos en los que el cirujano debe corregir una articulación muy deformada para colocar la prótesis. Con el tiempo se suele recuperar la función nerviosa.

4.3.1.5.-INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

Después de la operación tiene que estar en la cama "boca arriba", con un cojín triangular entre sus piernas para que estas permanezcan separadas.



Estas y otras precauciones son necesarias para evitar movimientos peligrosos no deseables que pueden causar tensiones en su "nueva cadera", y también para asegurar que la cadera queda en posición correcta. El movimiento de su pierna operada según las instrucciones de su cirujano es, sin embargo, una parte importante del programa de recuperación. Debe colaborar con el personal de enfermería para moverse en la cama usando una barra metálica que hay sobre su cabecera, a la que puede sujetarse con los brazos, usando también su pierna no operada. De esta manera podrá levantar las nalgas de la cama, lo cual es importante para prevenir la formación de úlceras y usar el orinal de cama (cuña).

Después, poco a poco, irá sentándose en la cama levantando la parte superior de ésta y/o con almohadas. Es bueno durante media hora, dos veces al día, permanecer acostado completamente, y, a la vez, estirar los músculos que están sobre la cadera (esto también se puede hacer con los músculos del abdomen. Le enseñarán como se debe hacer).

4.3.1.6.-PRECAUCIONES

Prevención de la dislocación de la prótesis de cadera

Es esencial mantener el componente de la cabeza femoral en la depresión acetabular, la enfermera enseña al sujeto a colocar la pierna en abducción, para evitar la dislocación de la prótesis, de dos a tres almohadas entre las piernas mantiene la cadera en abducción.

La enfermera enseña al sujeto la posición protectora, que incluye mantener la abducción y evitar rotación interna y externa, hiperextensión y flexión aguda. Las precauciones para la cadera son necesarias durante unos cuatro meses después de la cirugía. Con posiciones que exceden de los límites de la prótesis puede ocurrir dislocación que la enfermera debe reconocer; los indicadores son los siguientes:

- * Incremento del dolor relacionado con el procedimiento quirúrgico, hinchazón e inmovilización.
- * Dolor agudo en la ingle de la cadera afectada o incremento de las molestias.
- * Acortamiento de la pierna.
- * Rotación interna o externa anormal.
- * Restricción o incapacidad para mover la pierna.
- * Sensación de que "algo se zafa" en la cadera.

Las precauciones que usted tiene que tener hasta que se cure completamente, van orientadas a evitar el peligro de la luxación; o sea que la nueva cabeza del fémur se salga de aquel recipiente de plástico que colocamos en la pelvis para que haga el juego normal de la articulación. Hay cuatro movimientos básicos que debe evitar por lo menos hasta 6-10 semanas después de la operación. Estas precauciones ha de aplicarlas en todas las situaciones, incluso cuando está sentado y cuando se acuesta o se levanta de la cama



1.- No cruce las piernas: Tiene que mantener siempre la pierna operada hacia fuera de la línea media del cuerpo.



2.- No doble excesivamente la cadera operada: Es decir, no se incline demasiado hacia delante cuando está sentado, ni levante mucho la rodilla hacia el pecho, en la pierna operada.



3.- No gire la pierna operada ni hacia dentro ni hacia fuera. Ni tampoco gire su cuerpo sobre su pierna, por ejemplo tratando de alcanzar algún objeto estirando su cuerpo. Cuando va caminando o tiene que girar, debe tener siempre las puntas de los pies y las rodillas mirando hacia delante.



4.- No se acueste ni se de la vuelta sobre el lado no operado. No es aconsejable acostarse en la cama sobre ningún lado los primeros días después de la operación. Sin embargo, se puede permitir girar sobre el lado operado con la ayuda de las enfermeras para realizar el aseo personal y, más adelante dormir, si lo desea, pero con una almohada entre las piernas.

Vigilancia del drenaje de la herida

El líquido y la sangre acumulada en el sitio quirúrgica se drenan con un dispositivo de succión portátil para evitar la acumulación, que contribuye a las molestias y crea un sitio de infección. Es de esperar un drenaje de 200 a 500 ml durante las primeras 24 hrs. 48 hrs. después de la operación, el drenaje total en 8 hrs. disminuye a 30 ml o menos y se quita el dispositivo de succión. La enfermera debe informar al médico de inmediato si el volumen de drenaje es mayor del anticipado.

Prevención de la trombosis venosa profunda

El riesgo de tromboembolia es particularmente elevado después de cirugía reconstructiva de la cadera. En el primer caso los signos incluyen dolor en pantorrillas, hinchazón y dolor a la palpación. Las medidas para mejorar la circulación y disminuir el éxtasis venoso son fundamentales en pacientes sometidas a reconstrucción de la cadera. La enfermera fomenta los ejercicios de pie y tobillos, cada hora, mientras la persona este despierta, el uso de medias elásticas y los dispositivos de compresión en secuencias según prescripciones, además de levantarse de la cama y de caminar con ayuda el primer día del postoperatorio.

Prevención de infecciones

La infección, una complicación grave del reemplazo total de cadera, suele implicar la extracción del implante, los riesgos de infección son mayores en pacientes diabéticos, ancianos, obesos, desnutridos, con artritis reumática, con infecciones concomitantes o con hematomas. En un lapso de tres meses posteriores a la cirugía pueden ocurrir infecciones agudas, las cuales obedecen a infección superficial progresiva o hematomas. Por lo otra parte, suelen aparecer infecciones quirúrgicas retardan de cuatro a 24 meses después de la cirugía que provocan la recurrencia de las molestias de la cadera. (15)

4.3.1.7.-REHABILITACIÓN

Este programa de ejercicios deberá realizarlo tras la cirugía para recuperar el movimiento de la cadera e ir fortaleciendo progresivamente los músculos de la pierna. Es conveniente que realice unas 10 repeticiones de cada ejercicio, 3 veces al día (excepto si se indica otra cosa en la explicación de cada uno). Los ejercicios no deben provocarle sensación de falta de aire, ni aumentar excesivamente el dolor. Si esto ocurre con alguno de ellos, disminuya el número de repeticiones o consulte a su fisioterapeuta.

Desde el primer día después de la operación debe realizar los siguientes ejercicios:

- Flexión - Extensión de tobillo: se trata de mover el tobillo primero hacia la nariz (tirando del dedo gordo hacia usted) y luego hacia abajo (llevando el pie hacia la cama). Lo realizará acostado boca arriba sobre una cama, con la pierna elevada poniendo una almohada bajo el tobillo y 10 veces cada hora. Este ejercicio favorece la circulación.
- Acostado sobre su espalda con las piernas extendidas, coloque un rodillo bajo el tobillo. Contraiga la parte delantera de la pierna, llevando la punta de los dedos hacia la nariz e intentando tocar con la parte posterior de la rodilla la cama. Mantenga durante 5 segundos (cuenta hasta 5 despacio y en voz alta) y descanse otros 5.
- Todos los días debe doblar la rodilla. Cada día deberá doblar forzando un poco más. Puede empezar a hacerlo deslizándolo con la planta apoyada en la cama. La otra pierna deberá estar apoyada en la cama. Doble primero la pierna y después estírela de nuevo.

Cuando pueda sentarse (probablemente, a partir del segundo día) realizará, además de los anteriores ejercicios:

- Extensión de rodilla: Sentado sobre la cama o en una silla, estirar la rodilla lo máximo posible. Mantener 5 segundos (cuenta hasta 5 en voz alta) y relajar otros 5.
- Sentado en una silla, apoye sus manos en los reposabrazos y haga intentos de levantarse echando todo el peso del cuerpo en ellos. En esta posición cuenta hasta 5 en voz alta. Vuelva a sentarse y descanse. Esto le ayudará a ganar fuerza en los brazos.

Cuando se le dé el alta (incluso si le es posible puede comenzar antes) deberá seguir realizando los ejercicios anteriores y añadir los siguientes:

- Elevación de la pierna: acostado de espaldas sobre la cama, doble la pierna no operada manteniendo la planta del pie apoyada en la cama. Estire bien la pierna operada y levántela unos centímetros de la cama. Mantener 5 segundos (cuente hasta 5 en voz alta) y bajar lentamente la pierna.

Deambulacion

Tras la operación, dependiendo de su estado general y de su habilidad, se le enseñará a caminar con andador o con muletas, dependiendo de cada caso.

Deberá aprender a caminar sobre terreno llano y a subir y bajar escaleras con estos aparatos.

Si es posible, comenzará a andar directamente con las muletas, aunque en esta guía incluimos también cómo se usa un andador por si fuera necesario.

Es importante que use zapato cerrado, sin tacón ni cuña y con suela antideslizante para evitar tropiezos o caídas.

Marcha con andador

Le recomendamos que siga las siguientes instrucciones:

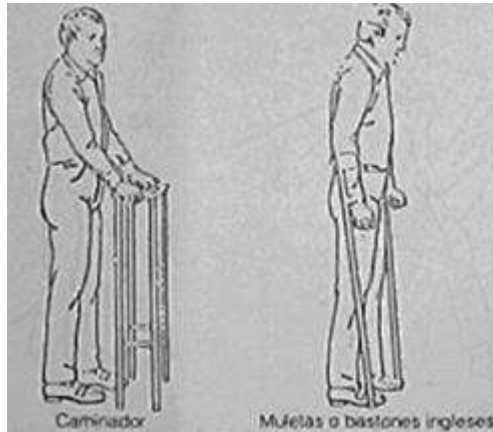
Posición:

1. Altura del andador: habitualmente, el personal sanitario le adaptará la altura de su andador. Como referencia recuerde que cuando usted esté de pie, la empuñadura debe quedar a la altura de su cadera.
2. Coja el andador por sus empuñaduras de forma firme y asegúrese de que esté bien apoyado en el suelo.
3. Debe estar recto, con la pierna operada bien estirada y derecha, de tal forma que la punta de su pie no se desvíe hacia dentro ni hacia fuera, ha de quedar mirando hacia delante.

Caminar:

1. Adelante en primer lugar el andador.
2. Eche la pierna operada sin cargar mucho peso en ella.
3. Por último, eche la pierna sana.

RECUERDE: "Andador, pierna operada, pierna sana".

**Darse la vuelta:**

Cuando vaya caminando y desee girar hacia un lado o darse la vuelta completa, siga estos consejos:

1. Mueva el andador hacia donde quiera girar.
2. Dé pasos cortos echando primero la pierna del lado que gira.

De esta forma, irá dándose la vuelta poco a poco, evitando girarse sobre sus pies, pues corre el riesgo de caída.

Marcha con bastones

Los bastones se utilizan para proteger su rodilla operada y evitar así echar demasiado peso en ella.

Posición:

1. Altura de los bastones: habitualmente el personal sanitario le adaptará la altura de los bastones. Como referencia, recuerde que cuando usted está de pie, la empuñadura debe quedar a la altura de su cadera y el reposa brazos por debajo de su codo. Si es así, su altura es la correcta.
2. Colóquese recto y relajado, con la pierna operada también estirada y recta, de forma que la punta de su pie no esté ni hacia fuera ni hacia dentro, ha de quedar mirando hacia delante.

Caminar:

1. Adelante primero el bastón del lado operado y la pierna sana.
2. En segundo lugar, eche el otro bastón y la pierna operada. No deje atrás los bastones, pues no le servirán de apoyo y podría caerse.

Darse la vuelta:

Cuando vaya caminando y quiera darse la vuelta o girar hacia un lado siga estos consejos:

1. Vaya dando pasos cortos como ya le hemos enseñado hacia donde quiera girar.
2. No debe girarse sobre su pierna operada.

Escaleras

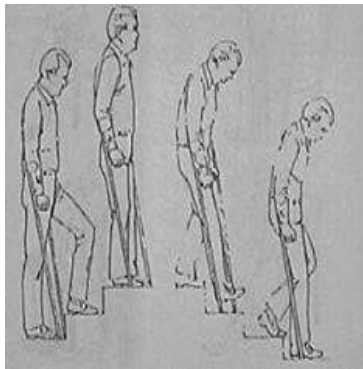
Se le indicará cuándo debe empezar a subir y bajar escaleras, ya que dependerá de su caso particular.

Subir escaleras:

Para facilitárselo, siga los pasos que describimos a continuación:

Sin barandilla:

1. Eche la pierna sana apoyándola en el primer escalón.
2. Coloque la pierna operada en el mismo escalón que la sana.
3. Adelante los bastones hasta estar en el mismo escalón.



Con barandilla y una muleta o bastón:

1. Subir la pierna sana apoyándola en el primer escalón
2. Subir al mismo tiempo la pierna operada y el bastón o muleta.

Bajar escaleras

Sin barandilla:

1. Eche primero los bastones.
2. Coloque la pierna operada en el mismo escalón que los bastones.
3. Adelante la pierna sana hasta el mismo escalón.

Con barandilla:

1. Bajar la muleta o bastón al siguiente escalón.
2. Bajar la pierna operada.
3. Bajar la pierna sana.

RECUERDE: "Subir con la pierna sana, bajar con la pierna operada".

Actividades cotidianas

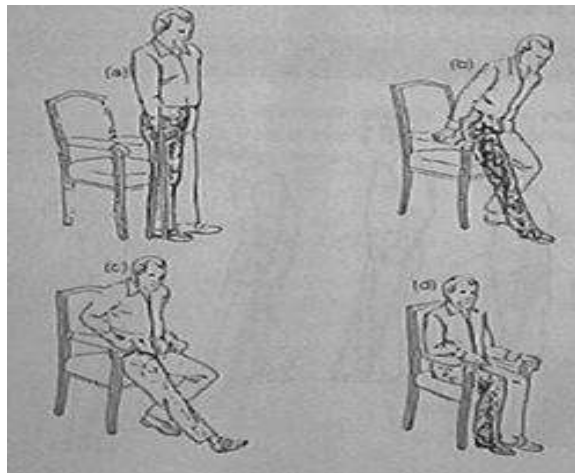
A la hora de realizar sus actividades durante el día puede tener dificultad para doblar la cadera.

Vamos a intentar darle una serie de sugerencias para que sea lo más independiente posible después de su operación.

Sentarse en la silla

¡Debe sentarse siempre en una silla alta! También es importante que tenga reposa brazos, porque podrá utilizarlos para apoyarse cuando se siente o se levante.

¡No intente cruzar las piernas!



Sentarse:

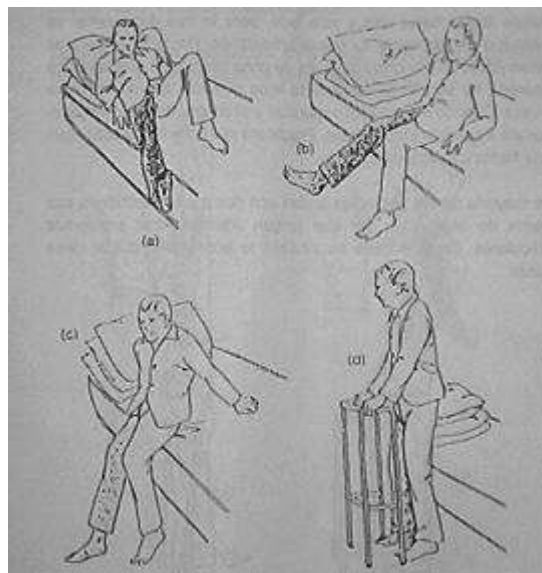
1. Colóquese de espaldas a la silla hasta notar el roce del asiento en sus pantorrillas.
2. Vaya estirando hacia delante su pierna operada.
3. Apoye sus manos en los reposa brazos y eche en ellos el peso del cuerpo.
4. Con ayuda de sus manos y de su pierna, inclínese hacia delante un poco y baje hasta tocar el asiento.
5. Una vez sentado, colóquese de forma correcta.

Levantarse:

1. Estire hacia delante la pierna operada.
2. Apóyese en los reposabrazos.
3. Inclínese hacia delante cargando el peso de su cuerpo sobre su pierna sana y los brazos.
4. Póngase derecho una vez esté de pie.

Acostarse en la cama

No coloque una almohada bajo la pierna, porque puede provocar rigidez en la cadera y en la rodilla, dificultando esto el estiramiento de la misma. Es importante utilizar una cama alta, para evitar la flexión excesiva de la cadera tanto al acostarse como al levantarse. Lo más fácil, en su domicilio, será colocar dos colchones.



El baño

Ducha:

Puede elegir entre estar de pie o usar una silla dentro de la ducha.

Es conveniente que coloque una alfombra antideslizante para evitar resbalar.

1. Camine hasta el borde de la ducha y vaya dándose la vuelta hasta quedar de espaldas a la ducha.
2. Mantenga una mano fija y con la otra alcance la parte de atrás de la silla.
3. Pase primero la pierna operada y después la no operada.

Bañera:

Es recomendable que al principio utilice una silla dentro de la bañera. Puede instalar una barra para poder agarrarse y usar una esponja de baño de mango largo y una manga de ducha para lavarse.

1. Camine hasta la bañera. Deberá darse la vuelta hasta que esté de espaldas a la bañera.
2. Alcance la silla llevando una mano hacia atrás y mantenga la otra fija.
3. Siéntese en la silla. Levante las piernas por encima del borde de la bañera y colóquese mirando hacia el grifo. Debe lavarse en esta posición.

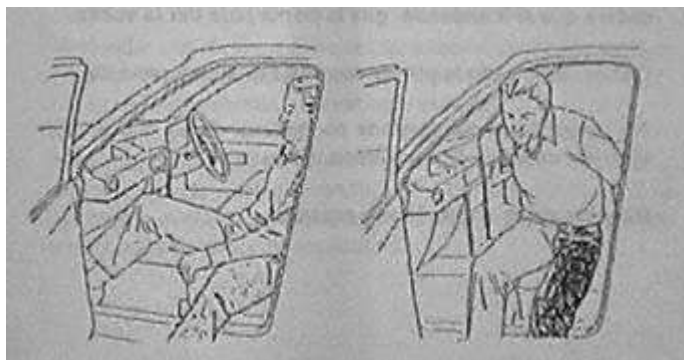
Para salir de la bañera:

1. Vaya girando mientras levanta las piernas por encima del borde de la bañera.
2. Impúlsese con los brazos para ponerse de pie fuera de la bañera.

El coche

Importante: suplemente la altura del asiento para impedir la flexión forzada de la cadera.(cojín,etc)

1. Siéntese de espaldas.
2. Baje lentamente hasta el asiento.
3. Rote el cuerpo y póngase de frente



Atención continúa en el hogar y la comunidad

La enfermera podría hacer visitas al hogar para valora posibles problemas y vigilar la cicatrización de la herida. La enfermera, el fisioterapeuta ocupacional valoran el entorno de la casa para detectar obstáculos físicos a la rehabilitación del paciente, además quizá tengan que ayudar al paciente en la adquisición de dispositivos que le permiten vestirse o extensores para el asiento de inodoro. Después de una cirugía y rehabilitación exitosa, el paciente puede esperar una articulación de cadera sin dolor o casi sin dolor, movimientos adecuados, estabilidad y deambulacion normal o casi normal. (15)

Consejos prácticos en casa

- Usar delantal con bolsillos.
- Quitar alfombras del suelo, lo que evitará caídas.
- En el mercado existen algunos aparatos especiales para poder coger cosas del suelo sin agacharse. Si usted tiene dificultad para ello, puede conseguir uno que le facilite esta tarea.

Otras consideraciones

Actividades

- Continuar andando con muletas o andador hasta que se le indique lo contrario.
- Cargar peso y caminar sobre la pierna como sea más confortable.
- Caminar es uno de los mejores métodos de terapia física y de fortalecimiento muscular (nunca hacerlo en exceso)
- Debe evitar actividades que causen estrés a la articulación, como por ejemplo:
 - Dar golpes o movimientos bruscos: saltos con cuerda, tenis, exceso de marcha, correr o hacer footing, deportes de contacto
 - Carga de exceso de peso (evitando levantar pesas grandes). Evitar sobrepeso (disminuir de peso, dieta)
 - Actividades como arrodillarse, sentarse en sillas o sillones bajos

Otros consejos

- No se moje la cicatriz hasta que le retiren las grapas.
- Eluda las relaciones sexuales durante las primeras 4-6 semanas. La actividad sexual se puede reanudar después de 2 meses.
- Puede volver a trabajar a los 3-6 meses, según indique su médico.
- No debe conducir hasta pasados 3-6 meses, según indique su médico

ÚTILES CONSEJOS PARA CUANDO LE DEN EL ALTA

Cuando deje el Hospital y vaya a casa puede que viva sólo o con familiares o amigos. Esta decisión la ha de tomar usted junto con el personal sanitario que le aconseje y los fisioterapeutas. La decisión dependerá de las condiciones que reúna su casa, de la ayuda que tenga, de sus condiciones físicas y del progreso que haya hecho en su recuperación.

Una vez en casa, debe continuar haciendo los ejercicios que le han enseñado y seguir mejorando la marcha. Los tejidos y los músculos que rodean la cadera tardan tiempo en cicatrizar, por lo tanto siga todos los consejos que le damos para evitar la luxación (que se separen entre sí la esfera de la prótesis del fémur y la pieza de la pelvis).

Una corta lista de lo que debe y lo que no debe hacer:

NO DEBE HACER

- ✓ Torcer la pierna operada. Por ejemplo, es peligroso para la cadera que al ir andando gire la pierna para dar la vuelta.
- ✓ Doblar demasiado la pierna operada. Por ej., no pase de 90°.
- ✓ No ponga la pierna operada encima de su cuerpo. Por ejemplo, no cruce la línea media del cuerpo.
- ✓ No haga viajes largos (como pasajero).

DEBE HACER

- ✓ Haga cortos paseos de una manera regular. No largos paseos que puedan cansarle o supongan estar de pie un tiempo prolongado.
- ✓ Lleve para caminar las dos muletas durante 6 semanas desde la operación. Después puede ir sólo con una, pero ha de ser la del lado contrario al de su nueva cadera.
- ✓ Hasta las 8-10 primeras semanas, acuéstese 1 hora al día boca arriba o boca abajo o según le indique su cirujano.

PUEDE HACER

(A las 10 semanas o cuando lo indique su cirujano).

- ✓ Conducir el coche. Dependiendo de qué pierna sea la afectada. Por ejemplo, acelerador o embrague y la posición de la pierna.
- ✓ Mantener relaciones sexuales (con cuidado).
- ✓ Empezar a hacer las labores de la casa. Intente distribuir homogéneamente las faenas durante el día (no las haga todas seguidas) y evite estar mucho de pie.
- ✓ Reanudar sus aficiones. Por ejemplo, cuidar el jardín, bailar, jugar a la petanca, nadar (pero no al estilo de braza ni bucear), etc...Todo muy suavemente y sin esfuerzo excesivo.

Todas estas actividades, el momento en que puede empezar a realizarlas pueden variar dependiendo del cirujano; por lo tanto, lo importante es que se ponga de acuerdo con el personal sanitario y el fisioterapeuta antes de empezarlas.

El cirujano le volverá a ver, generalmente, 4 ó 6 semanas después de darle el alta. Si tiene que hacerle cualquier consulta, hágasela entonces. Recuerde que este folleto pretende ser sólo una guía y un recordatorio para usted y su familia. Todos los puntos deben ser tratados específicamente con el cirujano, el rehabilitador, fisioterapeutas, asistente social y enfermeras durante su estancia en el Hospital. Siempre ha de ser guiado por ellos.

4.3.2.- DIABETES MELLITUS

Es una enfermedad crónica degenerativa, en la cual se presenta un deterioro en el metabolismo de hidratos de carbono y grasas, originando un aumento de glucosa y Lípidos sanguíneos (hiperglucemia e hiperlipidemia respectivamente). El transporte de glucosa se realiza a través de una hormona llamada “Insulina” y cuando hay una disminución en la producción, la glucosa se concentra en el torrente sanguíneo y produce una elevación (hiperglucemia).

La diabetes mellitus es un síndrome sistemático crónico caracterizado por la hiperglucemia que es causado por una reducción para la secreción o actividad de la insulina, dando como resultado la imposibilidad para metabolizar adecuadamente los carbohidratos, las proteínas y las grasas. Eventualmente si los pacientes diabéticos no siguen su plan de manejo o son incapaces de mantener una concentración normal de glucosa sanguínea, las complicaciones afectaran el corazón, el sistema vascular, los riñones, el sistema nervioso y los ojos. (16)

La diabetes es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina; esta deficiencia puede ser absoluta o relativa, la deficiencia es absoluta cuando la secreción de insulina es menor a la normal y es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en las que disminuye la acción de la hormona. Los mecanismos patógenos que producen diabetes van desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta (en cuyo caso hay deficiencia absoluta de insulina) hasta situaciones en las que hay resistencia a la insulina (la deficiencia hormonal es relativa) aunque la hiperglucemia es el marcador bioquímica de la diabetes el síndrome se caracteriza por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio de proteínas, lípidos y carbohidratos

El término diabetes mellitus derivado del griego consta de dos términos: Diabetes: cuyo significado es evacuar gran cantidad de líquido y Mellitus: que quiere decir miel. Es decir, indica la expulsión de gran cantidad de líquido (orina) con sabor dulce por el exceso de azúcar presente en ella. (17)

4.3.2.1.-DESCRIPCIÓN

En el proceso de descripción debemos tener en cuenta las características de cada uno de los dos subgrupos: Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente: Suele aparecer por encima de los 45 años de edad.

- ☞ Presenta un componente genético
- ☞ Puede ir acompañada de obesidad o no
- ☞ Presenta tasas de glucemia (azúcar en sangre) menores que la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente
- ☞ Habitualmente se puede controlar con la dieta y agentes hipoglucemiantes

Diabetes Mellitus Insulino Dependiente: También conocida como Juvenil

- ☞ Suele presentarse por debajo de los 35 años de edad y frecuentemente en las dos primeras décadas (0-20 años) de la vida.
- ☞ Suele acompañarse de delgadez
- ☞ Se controla con insulina, dieta y ejercicio.

4.3.2.2.-CAUSAS

Entre los muchos factores de riesgo se pueden mencionar los siguientes:

- ☞ Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos)
- ☞ Obesidad
- ☞ Edad superior a 45 años
- ☞ Ciertos grupos étnicos (particularmente afro americanos e hispanoamericanos)
- ☞ Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 Kg. (9 libras)
- ☞ Presión sanguínea alta
- ☞ Niveles altos de triglicéridos en la sangre (un tipo de molécula grasa)
- ☞ Nivel alto de colesterol en la sangre

4.3.2.3.-SÍNTOMAS

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas incluyendo necesidad frecuente de orinar, sed excesiva, hambre, fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente sintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- ☞ Aumento de la sed
- ☞ Aumento de la micción
- ☞ Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito
- ☞ Fatiga
- ☞ Náuseas
- ☞ Vómitos

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- ☞ Aumento de la sed
- ☞ Aumento de la micción
- ☞ Aumento del apetito
- ☞ Fatiga
- ☞ Visión borrosa
- ☞ Infecciones que sanan lentamente
- ☞ Impotencia en los hombres

Los síntomas que se presentan cuando los niveles de glucosa alcanzan niveles por arriba de lo normal son:

- ☞ Polifagia (aumento de apetito)
- ☞ Poliuria (aumento en la excreción de líquidos)
- ☞ Polidipsia (mucho sed)
- ☞ Pérdida de peso y/o debilidad o fatiga.

4.3.2.4.-CLASIFICACION

Hay cuatro grandes tipos de diabetes:

Diabetes tipo 1:

También llamada diabetes mellitus insulino dependientes y antes conocida como diabetes juvenil; generalmente se diagnostica en la infancia. El cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para sobrevivir y, de no hacerse apropiadamente, se pueden presentar emergencias médicas.

Abarca los casos secundarios a la destrucción de las células beta del páncreas y que tienen tendencia a la cetoacidosis. Esta forma incluye los casos ocasionados por unos procesos autoinmunitario y algunos en que la causa específica. La diabetes por destrucción de células beta y sin evidencia serológica de actividad autoinmunitaria se clasifica como diabetes tipo 1 idiopática. Conduciendo generalmente a una deficiencia absoluta de la hormona.

Diabetes tipo 2:

También llamada diabetes mellitus no insulino dependientes; es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa en la sangre normal, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una condición grave. Este tipo de diabetes se está volviendo más común debido al creciente número de estadounidenses mayores, el aumento de la obesidad y la falta de ejercicio.

Es la forma con mayor prevalencia y ocurre en individuos con resistencia a la insulina además de un defecto en la secreción de la misma. El espectro patógeno de esta clase de diabetes abarca desde los casos con predominio de la resistencia a la insulina y un defecto menor en la secreción hasta pacientes con predominio del defecto secretor y una resistencia adicional a la insulina.

Otros tipos específicos de diabetes tienen siete subtipos:

- a) Defectos genéticos de la función de la célula beta.
- b) Defectos genéticos de la acción de la insulina

- c) Enfermedades del páncreas exocrino.
- d) Enfermedades endocrinas.
- e) Diabetes inducida por sustancia químicas y medicamentos.
- f) Infecciones
- g) Formas poco comunes de diabetes mediada por el sistema inmunológico y otros síndromes genéticos que en ocasiones se acompañan de diabetes.

Diabetes gestacional:

Consiste en la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una persona que no tiene diabetes.

Es el tipo que se inicia o se descubre durante el embarazo, no incluye las pacientes con diagnósticos previos de diabetes y que se embarazan. Al término del embarazo es posible que se normalice la tolerancia a la glucosa, que permanezca la intolerancia a la glucosa, que permanezca la intolerancia a la glucosa o persista la diabetes.

4.3.2.5.-DIAGNOSTICO Y PRUEBAS DE LABORATORIO

Pocas condiciones crónicas son diagnosticadas, definidas y manejadas por los valores de laboratorio en una proporción similar a la DM. Por lo tanto, la enfermera debe conocer las pruebas correspondientes, la fisiología y las instrucciones necesarias para el paciente pertinentes a cada una de las pruebas. (16)

Cuando los niveles de glucosa se encuentran por arriba de 110 mg/dl y presenta algún síntoma característico de la enfermedad, nos indica la presencia de *Diabetes Mellitus*. En ocasiones se pueden encontrar niveles de triglicéridos por arriba de lo normal (mayores a 200mg/dl). Una prueba más específica para asegurar el diagnóstico es la Curva de Tolerancia a la Glucosa, en donde se da en ayuno una solución glucosada (azucarada) y se toman varias muestras de sangre cada media hora durante 2 1/2 horas para ver como ascienden y descienden los niveles y finalmente se comparan con un patrón establecido, si la glucosa permanece arriba de 200mg/dl el diagnóstico es positivo.

Glucosa sanguínea en ayunas (GSA)

Los valores de la glucosa sanguínea difieren dependiendo de la fuente de la muestra, el sitio de obtención, el momento en relación con las comidas y la hora del día, el plasma arterial y capilar tiene concentraciones más elevadas de glucosa que la sangre completa o venosa. Los valores de glicemia son más altos en el periodo posprandial (después de las comidas) y en las últimas hrs. de la tarde. Por cada década después de los 50 años de edad, el nivel normal de glicemia (70-120 mg/dl) aumenta 10 mg/dL.

Control domiciliario de la glucosa

Los pacientes deben utilizar un artefacto para monitorear la glucosa con el fin de seguir el patrón de su glicemia, los pacientes utilizan una lanceta para pinchar el dedo y colocar una gota de sangre en la tira del monitor, antes de un minuto se conocen el valor de la glucosa en la sangre capilar.

Análisis urinario de la glucosa y acetona

La realización de esta prueba de la edad, la severidad de la DM y la función renal del paciente, en general cuando la glicemia se encuentra entre 160 y 180 mg/dL se ha alcanzado el umbral renal y la glucosa aparece en la orina a niveles de 1+ o más elevado, la medición de los niveles de glucosa en la orina no es tan confiable como la medición de los niveles de glucosa sanguínea; por tanto el análisis urinario de la glucosa ya no tiene un papel importante en las pruebas de laboratorio de la diabetes. El análisis acetona resulta útil para monitorear las cetonas en la orina (cetonuria) se produce cuando el exceso de cetonas entra en la orina como resultado de la hiperglicemia diabética, la cual se caracteriza por un marcado incremento de las cetonas séricas provenientes de un mayor metabolismo de las grasas en lugar de los carbohidratos para satisfacer las demandas energéticas.

Las cetonas son producidas por la descomposición de la grasa y el músculo y son tóxicas en altos niveles. Las cetonas en la sangre ocasionan una condición llamada "acidosis" (bajo pH en la sangre). Con las pruebas de orina se detectan tanto los niveles de glucosa como de cetonas. Los niveles de glucosa también son altos.

Hemoglobina glicosilada (HbA 1c)

La hemoglobina glicosilada es un indicador del nivel de glicemia en los 3 últimos meses; refleja las tendencias del paciente diabético en cuanto a su cumplimiento y el manejo de los niveles de glucosa, si la glicemia esta elevada o varia ampliamente con el transcurso del tiempo, la cantidad de glucosa adherida a la molécula de hemoglobina aumenta.

Proteinuria

La proteinuria es un signo de nefropatía temprana, actualmente para detectar a tiempo el compromiso renal, se recomienda el análisis de la microalbuminuria seguido por la depuración de creatinina en 24 hrs. y la creatinina serica.

Estudios de Doppler

Los estudios con Doppler se realiza para diagnosticar la enfermedad vascular periférica, estos estudios utilizan sonido amplificado para demostrar la velocidad del flujo sanguíneo. Los cambios vasculares dan como resultado la disminución del lumen. El compromiso del flujo sanguíneo y la isquemia vascular subsecuente.

4.3.2.6.-TRATAMIENTO

Se basa en administrar la insulina suficiente para que el metabolismo de los hidratos de carbono, lipidito y proteico del enfermo se normalice lo mas posible, la insulina <regular> se caracteriza por una duración de sus efectos de 3 a 8 horas, se observan lentamente desde el lugar de inyección y sus efectos se prolongan hasta 10 a 48 hrs. En general un paciente con diabetes de tipo I grave recibe una sola dosis de una de las insulinas de acción prolongada al día para aumentar el metabolismo de los hidratos de carbono general durante el día. La dieta y el ejercicio se recomiendan a menudo los enfermos con diabetes de tipo II con la idea de que adelgacen y de que revierta la resistencia a la insulina. (18)

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) y para muchas con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), el estilo de vida juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes. El manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta. Los pacientes con diabetes deben estar preparados para afrontar la enfermedad de tres maneras:

- Plan apropiado de control de dieta y peso.
- Actividad física.
- Medicación (si es necesaria).

Varios especialistas estarán involucrados en el cuidado del diabético. La familia, internistas, endocrinólogos y diabetólogos, también supervisarán el cuidado médico. Las consultas con especialistas como el oftalmólogo también serán necesarias si aparecen complicaciones. Si usted tiene diabetes, debe asumir la responsabilidad del manejo de la enfermedad día a día. Esto incluye no sólo la administración de insulina o la ingesta de Hipoglucemiantes orales, sino también la colaboración en el control y análisis de la concentración de glucosa en sangre, en la dieta y el régimen de ejercicios recomendado por su médico.(19)

Manejo terapéutico

Los cuatro componentes principales de la atención que deben ser supervisados por el equipo diabético son: la educación del paciente y su familia respecto a las habilidades para su automanejo, el ejercicio y los medicamentos. Los objetivos generales de la terapia son: corregir las alteraciones metabólicas de la DM y prevenir las complicaciones a largo plazo a nivel micro y macrovascular.

Dieta

Dado que los pacientes con DM son incapaces de metabolizar adecuadamente los alimentos es natural que la nutrición sea un componente importante del tratamiento. La guía de la pirámide alimenticia constituye una herramienta útil para la asesoría nutricional, del 55 al 60% de las calorías de la dieta deben provenir de los carbohidratos, cerca del 20% de las calorías deben provenir de las proteínas y menos del 30% de las grasas, la dieta debe contener 10 a 15 gr. De fibra, debe ser balanceada e incluir frutas, verduras, cereales, granos enteros y legumbres. Cuando el paciente es recién diagnosticado se solicita una consulta con el nutricionista y la enfermera refuerza la información recibida por el paciente, necesitan trabajar en estrecha colaboración con el paciente, la familia y los miembros del equipo de atención de la salud con el objetivo de ajustar el tratamiento a las conductas diarias del paciente, el horario de las comidas, los patrones de sueño y

las actividades favoritas diarias deben ser incorporados en los planes del estilo de vida, la dieta y el ejercicio del individuo diabético.(16)

Una dieta apropiada es esencial. De hecho para muchos pacientes con DMNID un buen programa de control de peso es suficiente por si solo para tratar la enfermedad. Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo orientada, básicamente, hacia la reducción de peso mediante un control individual y el establecimiento de unos patrones de comida. Para conocer cuales son su peso y talla ideales se puede recurrir a tablas ya establecidas. Si su peso excede en un 20% o más el valor que indica la tabla y usted no es exageradamente musculoso, entonces padece un sobrepeso.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Así que debe de limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control del peso.

La meta de todas las dietas es doble. Por una parte le ayudará a controlar la concentración de glucosa. Por otra, y muy importante, le ayudará a controlar y reducir su peso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina porque la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es que el control de la concentración de glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también incrementa. Los diabéticos deben regular cuidadosamente el consumo de hidratos de carbono (azúcar y almidones), grasas y proteínas. Su dietista le organizará un programa adecuado. Debe evitar el consumo de azúcares, tales como pasteles, tartas, bombones o bebidas dulces. Es conveniente incluir en la dieta alimentos ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales. (19)

Educación del paciente y su familia respecto a las habilidades para su automanejo

Es fundamental aprender a vivir con la DM es un proceso que tarda toda la vida se indican los principios mas importantes que las enfermeras deben enseñar a los pacientes y sus familias.

- * **Dieta.**-Debe limitar el consumo de sal, azúcar, grasas y alcohol, el paciente debe evitar los alimentos cuyos principales ingredientes sean azúcar, manitol o sorbitol, se pueden utilizar edulcorantes artificiales y el paciente debe llevar siempre consigo, una fuente de azúcar para consumirla en caso de emergencia.

- * **Cuidado de los pies.**-Sus pies para observar si presenta heridas, enrojecimiento, infecciones o secreción e informar al medico, enfermería sobre la presencia de lesiones sospechosas los pies deben mantenerse limpios y secos y se debe utilizar un calzado firme y cómodo.
- * **Control de glicemia.**-Los pacientes deben aprender como realizar su propio control y como comprobar la calidad de tales controles con el fin de garantizar la permanente precisión del monitor, los pacientes con DM tipo I pueden necesitar medir su glicemia entre cuatro y ocho veces al día.(16)

Ejercicio

El ejercicio debe ser relajante y practicarse regularmente, ayuda a perder peso, disminuye los triglicéridos y el colesterol total, aumenta el tono muscular, mejora la circulación y contribuye a una sensación general de bienestar, el ejercicio también promueve el ingreso de insulina a las células con el fin de metabolizar los carbohidratos para la obtención de energía, el azúcar sanguíneo debe medirse antes y después del ejercicio.

El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio.

Los músculos utilizan más glucosa durante el ejercicio vigoroso, lo cual ayuda a que el nivel de glucosa disminuya. Su médico le ayudará a establecer un programa de ejercicios. Existe un debate en cuanto al régimen de ejercicio más adecuado para diabéticos. Si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo. Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo una tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.). Si usted tiene DMID, procure no realizar el ejercicio en los momentos de máximo efecto de su inyección. (19)

Medicamentos

La insulina, a dosis ajustadas y los agentes hipoglicemiantes orales son los medicamentos mas comúnmente utilizados para el tratamiento de la DM. (16)En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan

personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad, aunque hay excepciones a esta regla. Como su nombre indica, los pacientes con DMID requieren insulina, y aquellos con DMNID pueden o no requerir medicación. De todas formas, en todos los diabéticos, el factor más importante en el uso y dosis de los medicamentos es la voluntad individual de seguir la dieta y los ejercicios.

La decisión de usar insulina o hipoglucemiantes está basada en el grado de severidad de la diabetes. Para una persona obesa con DMNID, la dieta, acompañada por un régimen de ejercicios, será la solución. Si con estas medidas no se controla la enfermedad, su médico puede prescribir inyecciones de insulina o medicación oral. Para una persona con DMID, serán necesarias dosis de insulina, pero éstas dependerán, en parte, del cuidado que tenga en su dieta y ejercicio.

Insulinas

La insulina puede ser de varios tipos y varias características. Algunas se obtienen del páncreas de gatos y perros pero la tecnología en años recientes, ha hecho posible conseguir la producción de insulina sintética.

Algunas variedades de insulina actúan rápidamente y otras actúan en un periodo más largo. El tipo de insulina, cantidad, períodos de tiempo etc. son medidas que se toman según la necesidad del diabético. Una sola inyección de insulina retardada a la mañana suele ser lo más habitual, aunque puede ser necesaria una mezcla de insulina regular con la retardada e inyecciones adicionales a lo largo del día. Su médico determinará qué es lo mejor en su caso.

Para aquellos pacientes con una diabetes muy inestable, que estén preparados para llevar a cabo un programa elaborado, la mejor opción será la inyección de insulina de acción rápida antes de cada comida. Las dosis dependen de la medida de la concentración de glucosa en sangre en ese momento. Este régimen es el llamado "terapia intensiva de insulina".

El uso de una bomba de insulina ayudará a las personas con diabetes inestable. La bomba de insulina es un aparato de batería preparado para liberar continua y automáticamente una dosis de insulina a través de la aguja que se pincha en la piel del abdomen o brazo.(19)

Hipoglucemiantes orales

Son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con DMNID. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta.

4.3.2.7.-COMPLICACIONES

Las complicaciones de la DM se clasifican en agudas y crónicas. Las complicaciones agudas requieren tratamiento de urgencia en forma inmediata. Las complicaciones crónicas incluyen el daño insidioso a nivel de corazón, sistema vascular, riñones, ojos y sistema nervioso central. Las complicaciones crónicas experimentadas por los diabéticos contribuyen a una menor calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad. Las estrategias para promover la adhesión a los planes de tratamiento y prevenir las complicaciones continúan siendo un desafío para pacientes, investigadores, practicantes, enfermeras educadoras en diabetes y los teóricos de las ciencias sociales que estudian los cambios del comportamiento.

Complicaciones agudas

Hiperglicemia

Ocurre una disfunción metabólica que genera productos intermedios nocivos como resultado de la degradación de la glucosa. La hiperglicemia priva al organismo de la energía proveniente de los carbohidratos. El cuerpo compensa esto mediante la descomposición de las grasas y las proteínas para la obtención de la energía. Por esta razón, la hiperglicemia ocurre a menudo en combinación con otra complicación, la cetoacidosis, se observan niveles de glicemia de 300 a 1000 mg/dL.

Cetoacidosis diabética (CAD)

Es una complicación metabólica aguda de la DM. Puede ocurrir rápidamente o tardar días o semanas. Las grasas y las proteínas son degradadas y utilizadas cuando la glucosa no está disponible. Las cetonas son un producto intermedio del metabolismo de las grasas y su presencia excesiva causa la acidosis. Un aumento en la eliminación de agua, potasio y otros electrolitos complica a un mas la condición de lo pacientes con acidosis e hipocalcemia. Se puede producir deshidratación severa, hipovolemia e hipocalcemia. La piel se seca y el signo de pliegue es positivo, los globos oculares se hundes en las fosas y el gasto urinario disminuye.

El paciente experimenta hipotensión con un pulso rápido y débil. Las náuseas y el vómito son frecuentes. Al aumentar las cetonas séricas y la acidosis, se presenta la respiración de Kussmaul (respiración rápida y profunda con disnea). Se trata de un mecanismo compensatorio que elimina el ácido carbónico mediante la exhalación del dióxido de carbono. La acetona se percibe en el aliento del paciente como un olor dulce, a frutas. La falla renal es el resultado del choque hipovolémico. El coma y la muerte pueden sobrevivir si no se trata la cetoacidosis diabética.

La enfermera debe preservar la vía aérea. Puede requerirse intubación y ventilación mecánica. Ella debe además establecer el balance hidroelectrolítico y restablecer el metabolismo de los carbohidratos. Se inicia la infusión intravenosa continua de insulina en solución salina. La enfermera debe saber que se perderá del 20 al 50% de la infusión de insulina debido a la absorción por las sondas. Los líquidos y electrolitos son sustituidos. La insulina se administra por vía intravenosa hasta que el nivel de glicemia alcance 250 mg/dL. Una vez que la glucosa sanguínea ha disminuido, se inicia la ingesta de alimentos por vía oral y se administra dextrosa al 5% en solución salina normal para prevenir la hipoglicemia secundaria y el edema cerebral, los cuales pueden acompañar la rápida disminución de la glicemia inducida por la insulina.

Coma hiperglicémico hiperosmolar no cetónico (CHHNC)

Se observa comúnmente en pacientes ancianos con DM tipo II. Puede ocurrir en personas con DM tipo II, no diagnosticada, o inadecuadamente manejada, y es usualmente precipitado por un evento tal como una enfermedad o infección. Se puede encontrar niveles séricos de glucosa de 600 mg/dL. O más altos. La diuresis osmótica puede ocurrir como resultado de la hiperglicemia, seguida por la depleción del líquido extracelular. Los líquidos intentan desviarse hacia el espacio extracelular, dando lugar a la deshidratación intracelular. La hipovolemia y el choque pueden conducir a la crisis convulsiva y al coma.

El CHHNC es una urgencia médica. El tratamiento requiere una mayor sustitución de líquido, la administración intravenosa de líquidos se inicia con cloruro de sodio al 0.9 o 0.45%, administrado a una velocidad de 6 a 20 L en las 24 horas iniciales. La enfermera debe vigilar cuidadosamente la auscultación pulmonar, el peso, los signos vitales, el gasto y la gravedad urinaria específica, la glicemia y la función cardíaca. El volumen de los líquidos reemplazados, requeridos, pone al paciente en riesgo de desarrollar complicaciones cardíacas y edema pulmonar especialmente si es anciano.

Hipoglicemia

Se define como hipoglicemia una glicemia en ayunas menor de 50 a 60 mg/dL o la aparición de síntomas hipoglicémicos tales como hambre, náuseas, diaforesis y bradicardia. Los síntomas se presentan cuando el nivel sanguíneo de glucosa cae por debajo de 60 mg/dL o cuando un nivel elevado de glucosa disminuye demasiado rápidamente. La hipoglicemia puede ocurrir por la aplicación de demasiada insulina

Complicaciones crónicas

Tienen lugar a medida que progresa la enfermedad, especialmente cuando no se mantiene en forma constante un nivel normal de glicemia. La siguiente información detalla las frecuentes complicaciones crónicas que afectan el sistema cardiovascular, los ojos, los riñones y el sistema nervioso.

Angiopatía

Consiste en el deterioro de los vasos sanguíneos, la enfermedad vascular periférica con trastornos de coagulación es una causa frecuente de úlceras cutáneas, infecciones, gangrena y amputación, los signos y síntomas de claudicación intermitente incluyen dolor de las piernas en reposo, frialdad de los pies, pérdida del vello de las extremidades, retardo del llenado capilar y disminución de los pulsos.

Retinopatía diabética

Es el resultado de los microaneurismas en los vasos de la retina, seguidos por hemorragia y formación de exudados, esta es la principal causa de pérdida de agudeza visual y ceguera en los diabéticos, también tiene mayor riesgo de desarrollar cataratas y glaucoma.

Nefropatía

Es una enfermedad renal que se caracteriza por el desarrollo de lesiones degenerativas en las neuronas y puede dar como resultado insuficiencia renal, su tratamiento es la diálisis, se puede realizar un trasplante de riñón si el paciente es un candidato apropiado.

Neuropatía

Es cualquier afección en los nervios, generalmente los pacientes se quejan de dolor y parestesias (hormigueo, ardor, prurito) en sus piernas frecuentemente y que empeoran por la noche, el daño de los nervios puede ocurrir en todos los tejidos y órganos, por lo tanto, las complicaciones pueden incluir en todos los tejidos y órganos, por lo tanto las complicaciones pueden incluir trastornos de la motilidad gástrica, la función rectil, la función vesical y el tono vascular.

Las complicaciones crónicas adicionales que pueden presentarse son las úlceras y la necrosis, que son lesiones de lenta cicatrización, los pacientes con DM son susceptibles a distintas clases de infecciones de difícil tratamiento debido a las neuropatías y a la insuficiencia vascular, las infecciones mas comunes incluyen candida albicans y los forúnculos. (16)

Respuestas psicosociales

Los adultos con diabetes mellitus va mas allá de un organismo que requiere corrección de los factores, es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad que puede cambiar hacia el precisamente por que padece diabetes, al tiempo que se promueve la mejor calidad de vida posible, la comprensión y atención de los aspectos psicosociales tiene importancia desde dos puntos de vista, el primer lugar para eliminar o reducir las barreras que dificultan un control metabólico adecuado y también para favorecer el bienestar mental y social del paciente.

Respuesta emocional al diagnostico y tratamiento

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnostico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento. Estas reacciones varían mucho en intensidad de un paciente a otro y determinan conductas también muy diferentes.

Las actitudes y ciencias que son mas frecuentes subyacentes en el rechazo o abandono de las conductas que el plan de atención personal. Indiferencia acerca de las consecuencias de la enfermedad, incredulidad sobre los beneficios a largo plazo del tratamiento e incapacidad para adoptar nuevas conductas por considerarlas limitaciones excesivas que arruinan un estilo de vida.

Factores que limitan o impiden la adaptación del plan terapéutico

Actividades y ciencias del paciente:

- * Expectativa de curación
- * Percepción del plan terapéutico como muy difícil.
- * Falta de convicción de que el plan terapéutico mejorara o lograra el control de los problemas de salud.

Factores psicosociales:

- * Situaciones de la vida del paciente que producen estrés.
- * Aparición de complicaciones nuevas.
- * Disponibilidad y calidad de apoyo social para el paciente
- * Problemas psiquiátricos sin relación con la diabetes.
- * Conceptualización y metodología del medico para aplicar el plan terapéutico.

Corrección de factores psicosociales para mejorar el control metabólico.

Se presentan las recomendaciones de Wulsin y Jacobson para mejorar el cumplimiento del plan terapéutico de la diabetes, los primeros seis pasos son medidas de terapia conductual y se orientan a lograr un objetivo en particular; los últimos dos pasos tiene por objeto establecer una relación de trabajo fuerte y duradera entre el medico y el paciente.

Pasos para mejorar la adopción del plan terapéutico

Orientados a modificar la conducta

- * Dar instrucciones precisas, escritas y orales, acerca de quien hará cada cosa, diseñada de acuerdos con la situación y necesidades de cada paciente.
- * Adiestrar al paciente y a su familia en las destrezas que el plan terapéutico y su vigilancia requieren.
- * Vigilar y evaluar las conductas necesarias para seguir el plan terapéutico.
- * Aumentar la frecuencia de conductas apropiadas por medio de recordatorios.
- * Reforzar o premiar los pasos que el paciente de para adoptar el plan terapéutico.
- * Empezar con tareas pequeñas y objetivos alcanzables; desarrollar y afianzar las conductas deseables con revisiones sucesivas conforme se logran los objetivos a corto plazo.

Orientados a crear una buena relación de trabajo

- * Acordar con el paciente el grado de esfuerzo que esta dispuesto a hacer.
- * Evitar reprender al paciente cuando no logran un objetivo; en vez de eso, revisar el objetivo o el método.

Es importante reconocer que la mayor parte de los componentes del plan de atención de la DM exige que el paciente adquiera nuevos hábitos y costumbres, el desconocimiento por parte del medico de los métodos de terapia conductual, sus indicaciones y eficacia constituir uno de los factores mas importantes para explicar que el control metabólico no se obtenga en muchos pacientes.

Se ha estudiado la forma en que las personas cambian su conducta intencionalmente, con y sin ayuda profesional, de esos estudios surgió el llamado modelo transteoretico, que describe los estados y procesos de cambio que incluyen cinco etapas por las que pasan los pacientes cuando están en vías de cambiar algún comportamiento.

La *precontemplacion* es la etapa en la cual los individuos no tienen intención de cambiar una conducta en el futuro cercano, aunque tales individuos pueden expresar el deseo de cambiar, en general no se preocupan por sus problemas y quizá no reconocen deficiencia o dificultad en si mismo. En la fase de *contemplación* las personas están conscientes de que existe un problema y piensan con seriedad resolverlo; sin embargo todavía carecen del compromiso para actuar, pueden durar largos periodos, reconocen el problema, estiman que deberían tratar de resolverlo, pero no están listos para actuar. La etapa de *preparación* en ella los individuos intentan actuar en el futuro cercano, iniciaron acciones sin éxito en el pasado reciente y es probable que informen cambios de conducta pequeños que representan una preparación para acciones mayores. La fase de *acción* los individuos modifican su conducta, experiencias, ambiente, o todo ello para resolver sus problemas, incluye los cambios conductuales mas directos y claros y requieren una importante inversión de tiempo y esfuerzo. La etapa final de *mantenimiento* las personas siguen trabajando para prevenir recaídas y para consolidar lo que consiguieron, es un proceso continuo en el que la persona continua su trabajo y mantiene los cambios de conducta previos.

El paciente con DM y la sociedad.

Relaciones familiares.- todas las familias tiene dificultades; las que se afrontan con mayor éxito son aquellas en las que todos colaboran, el paciente diabético puede obtener apoyo psicológico y practico de su cónyuge u otro familiar, quien estarán mejor preparado para enfrentar cualquier dificultad que resulte de la enfermedad si también recibe instrucciones sobre diabetes, tiene especial importancia que el familiar sepa que hacer en caso de urgencia como hipoglucemia, enfermedades intercurrentes o comienzo de cetoacidosis.

El apoyo que el paciente obtiene de su familia gran importancia el apoyo puede manifestarse también evitando críticas innecesarias cuando el paciente diabético se sale de su plan de alimentación ocasionalmente, cuando es necesario el tratamiento con insulina, la comprensión y la ayuda de los familiares es de gran importancia. El familiar no debe tratar de volverse responsable de la diabetes; el control debe estar en manos del enfermo y de ninguna manera ha de esperarse que el familiar se haga cargo de todo.

Desde luego se tiene que aceptar que a veces es difícil vivir con diabetes y habrá momentos en que la simpatía y la comprensión de la familia resulten mas necesarias, sin embargo, utilizar la diabetes como un recurso para obtener ventaja de los familiares no conduce a una buena relación. Quizá el aspecto mas importante de una relación familiar exitosa es la comunicación, es impórtate que el paciente discuta sus ideas y sentimientos con el miembro de la familia que mas lo ayude y busquen soluciones juntos.

Trabajo.- aun existe el prejuicio por ignorancia de que los diabéticos no cumplen con sus calendarios de trabajo y que a menudo interrumpen sus labores por urgencias como la hipoglucemia, algunos pacientes intentan ocultar su diabetes en su empresa, debe aconsejarseles que no lo hagan por que ello puede afectar ciertos beneficios a los que tiene derecho, como los seguros.

Transporte.- es una razón para retirar la licencia a los pilotos de aerolíneas comerciales y el uso de hipoglucemiantes orales o insulina suele considerarse como un impedimento para conceder, como trenes, autobuses, camiones de carga y automóviles. No obstante el medico tiene la obligación de proteger al paciente y a la comunidad en que este se transporta. Por tanto en relación con la conducción de vehículos es importante valorar la capacidad del paciente a considerar incluyen frecuencia y seriedad de los episodios de hipoglucemia, agudeza visual, sensibilidad para reconocer la posición de las articulaciones de los pies y actitud general del paciente, incluso su disposición para limitar la ingestión de alcohol.

Identidad.- algunos pacientes diabéticos asumen mejor las aspectos psicosociales del padecimiento al integrarse como miembro de alguna asociación de pacientes diabéticos, identificarse como diabético por medio de alguna tarjeta o brazaletes no siempre es necesario pero puede ser útil si se esta expuesto al riesgo de hipoglucemia o si se van a pasar por aduanas llevando medicamentos y jeringas. (20)

4.3.2.8.-PREVENCIÓN

No se conoce prevención alguna para la DMID, pero la obesidad está muy asociada con el desarrollo de la DMNID, en personas mayores de 40 años. La reducción de peso puede ayudar a disminuir su desarrollo en algunos casos. Si su peso está un 10% o más por encima del recomendado para su talla y tamaño, hay algún. Diabético en su familia y es mayor de 40 años debe de reducir su peso.

Una vez diagnosticado de diabetes, hay una serie de medidas que usted debe de tomar para limitar el desarrollo y la aparición de posibles complicaciones. Un buen programa de ejercicios es crucial. Si usted es fumador la diabetes debe proporcionarle la motivación que necesita para dejar de fumar. Fumar es un riesgo adicional para los diabéticos. A esto se suma, además, el riesgo de enfermedades de corazón y otros efectos.

El cuidado de los pies es muy importante para los diabéticos por los frecuentes problemas causados por la alteración de la función nerviosa y estrechamiento de las arterias de la parte baja del cuerpo, que limita el riego sanguíneo de los pies. Use zapatos apropiados.

Esto minimiza el riesgo de aparición de callos, granos y ampollas. Si la circulación es alterada, cualquier herida pequeña como una ampolla, uña encarnada etc, puede acabar en una infección grave o en gangrena. Si los nervios están dañados, los callos pueden acabar en úlceras difíciles de curar. Su médico debe recomendarle la visita a un especialista del pie para que le de instrucciones y le proporcione un cuidado conveniente de las uñas, callos, etc

Se recomienda aprender estas habilidades

Las habilidades básicas para el manejo de la diabetes ayudarán a prevenir la necesidad de atención de emergencia y entre ellas se encuentran:

- ◆ Cómo reconocer y tratar los niveles bajos (hipoglucemia) y altos (hiperglucemia) de azúcar en la sangre
- ◆ Qué comer y cuándo comer
- ◆ Cómo tomar la insulina o los medicamentos orales
- ◆ Cómo medir y registrar la glucosa en sangre
- ◆ Cómo probar las cetonas en la orina (únicamente para la diabetes tipo 1)
- ◆ Cómo ajustar el consumo de insulina y/o de alimentos según los cambios en los hábitos alimenticios y de ejercicio
- ◆ Cómo manejar los días en que se está enfermo
- ◆ Dónde comprar suministros para diabéticos y cómo almacenarlos

V.- METODOLOGIA

Para la recopilar la información e identificar las necesidades del paciente se recurrió a la entrevista directa e indirecta con el paciente mediante una observación y una exploración física, y se les explico de antemano los procedimientos que se realizaron y su finalidad del proceso enfermero.

La metodología que se utilizo para realizar el proceso de atención enfermería, consistió en la aplicación de de cinco etapas: valoración, diagnostico, Planeacion, ejecución y evaluación. y en base a la filosofía de Virginia Herderson y sus 14 necesidades humanas. Donde la primera etapa se lleva a cabo la valoración por necesidades, posteriormente se elaboraron los diagnósticos correspondientes utilizado las etiquetas aprobadas por la NANDA, en la planeacion se elaboraron los objetivos y plan de estrategias para prevenir, corregir y/o disminuir los problemas identificados durante la ejecución se llevaron acabo los cuidados programados y en la ultima etapa se realizaron las evaluaciones de los resultados obtenidos del plan de intervenciones, donde fue necesario las visitas domiciliarias a menudo para la aplicación de las estrategias al paciente.

VI.-DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

6.1.-CASO CLINICO

El señor José Jesús Cedeño de 61 años de edad que radica en Chucandiro mich. Con domicilio en Epitafio Huerta No. 446, casado vive con su esposa, tiene 4 hijos de familia vive con una que estudia y los demás ya están casados, se dedica hacer pan junto con su esposa e hija, tiene antecedentes de diabetes por parte de su hermana que se encuentra en estados unidos, actualmente tiene una intervenciones quirúrgica donde se le puso una prótesis de cadera, se decidió por prescripción medica ya que el presentaba un pie mas chico que el otro por este motivo se opto la utilización de la prótesis donde se le intervinieron en dos ocasiones la primera fue 20/11/06 y estuvo internado en el hospital civil de Morelia mich en observación para ver como respondía su cuerpo ante la prótesis y refiere el paciente que cuando lo llevaban a sacarle una radiografías el camillero al pasarlo de su cama a la camilla sintió que le fracturaron su prótesis por que el escucho un chasquido y efectivamente las Rx confirmaron de la fractura por este motivo lo intervinieron por segunda ocasión y fue todo un éxito, ahora esta en rehabilitación acude al hospital cada ocho días para su terapia.

Además de su intervención quirúrgica se le diagnostico diabetes mellitus, las cuales se empezó a controlar para su cirugía y refiriendo el paciente que no era correcto el diagnostico se le suspendió la dieta y tratamiento, pero después de la cirugía ya instalado en su casa el paciente menciona tener síntomas, escucha sonidos (acufenos), sus pies están edematizados, tiene varias evacuaciones al día, además de que tiene buen apetito y come de todo referido por el paciente le da mucha sed.

Cuando se le realizo la valoración respondió a toda las preguntas realizadas, se le observaba su tristeza y referido por el mismo que le gustaría que su familia lo visitara y a la vez no por que dice son muy egoístas sus hermanos en particular que viven el Morelia además de salir, aunque sus amigos lo visitan a menudo.

Sin embargo el se a adaptado bien a su situación medica y va a asimilando su situación recibe mucho apoyo de su esposa e hijas una de ellas esta ahí en el mismo pueblo y procura estar alpediente de su papa, su otra hija estudia en Morelia su carrera y únicamente esta los fines de semana se ve preocupada además de referirlo ella dice que le preocupa lo de sus pies edematizados y les comenta a sus padres que busquen ayuda pero el señor dice que cuando se rehabilite de su prótesis o pueda moverse bien para ir con el especialista, por que cuando va su yerno a Morelia entonces aprovecha para ir a su rehabilitación, y no quiere dar mas molestias pues ellos tienes cosas que hacer.

Sin embargo recibe mucho apoyo por parte de sus amigos que lo van a visitar, o las personas que acuden a su panadería el señor José ve su interés por su enfermedad, su esposa lo cuida de que pudiera sufrir un accidente, camina lentamente unos 20' y se sienta además que cuando dura mucho parado le duele la cadera pero tampoco puede estar mucho tiempo sentado.

Además manifiesta que le preocupa su estado de salud y en ocasiones se siente triste, le gustaría saber mas sobre DM por que le preocupa esa enfermedad aunque no esta diagnosticada ya tiene algunos síntomas y se sintiera mejor si pudiera conocer todo sobre la enfermedad y así poder tomar medidas ante lo que le esta sucediendo y para que el no las considere como ya se me pasara y tomar medidas apropiadas.

6.2.- CLASIFICACION POR NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación.-frecuencia respiratoria de 20x' normal sin ninguna alteración aparente, fumaba cinco cigarrillos antes de su operación, no tiene alergias respiratorias ni tampoco toximánias, con buena coloración de tegumentos y mucosas.

2.- Necesidad de comer y beber.- refiere el paciente que no a variado su peso, su alimentación es tortillas 3 al día, frutas pocas, carnes blancas y rojas, agua lo necesario refiere, leche en la cena con pan, no ingiere grasas, no presenta intolerancia a ningún alimento, su apetito es normal algunas veces es aumentado, le falta piezas dentales, su piel se encuentra reseca, come entre comidas rara vez frutas, refiere no tener ardor en estomago después de comer ni dolor al deglutir.

3.- Necesidad de eliminación.- no necesita de ayuda para orinar su frecuencia es 3 veces al día su aspecto es color ámbar sin mal olor, no presenta ninguna alteración su vías urinarias, refiere que anteriormente se sentía distendido cada vez que comía y acudió a consulta medica y estuvo en tratamiento y ahora ya no, referido por el paciente.

4.-Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.- su frecuencia cardiaca es de 100 latidos x' con ritmo normal, su presión arterial es de 130/80 , pulso de 78x', necesita de ayuda de un bastón y andador para caminar y sentarse en la cama por su prótesis dice que duerme con una almohada entre sus piernas parte de su rehabilitación, su mano dominante es la derecha su postura es inestable por la prótesis no puede andar mucho tiempo caminando por que todavía se siente inseguro aunque se apoya con su andador se puede apreciar con una ligero encorvamiento y otras bien erecto, su caminar es lento, su ejercicio es caminar, refiere que cuando estaba bien y le funcionaban sus piernas bien jugaba fútbol le gusta mucho su equipo favorito es el monarcas, su expresión facial adecuada.

5.- Necesidad de dormir y descansar.- duerme 8 horas no sufre de insomnio, se puede observar descansado sin bostezos, su habla es adecuado sin embargo cuando se le pregunto en que año día y mes vivía no contesto y dijo era diciembre no sabia la fecha ni el año en que Vivía no sufre de pesadillas su sueño es normal aunque es un poco incomodo por que no puede moverse en la cama lo hace pero con cuidado para que no se fracture la prótesis, se levanta descansado y además refiere que antes de su operación era muy nervioso presentaba temblor de manos pero lo atribuía a nervios preoperatorios por que después de la cirugía ya no tenia esos síntomas.

6.-Necesidad de vestirse y desvestirse.-no necesita de ayuda para vestirse y cuando se baña tiene una silla en el baño para poder hacerlo solo, refiere que va a los baños termales que se encuentran cerca de chucandiro y que le a ayudado mucho para su rehabilitación, no presenta alergias de tejidos, su vestido es de acuerdo a su comodidad y circunstancias, su baño es cada tercer día y cambio de ropa.

7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal. Su temperatura es de 36.5 °c, T/A 130/80, sudoración cutánea normal, no sufre de pies y manos fríos, su vivienda cuenta con todos los servicios para sobra guardar las condiciones ambientales y no permitir enfriamientos ni calentamiento de su vivienda los mantiene en condiciones ambientales, además de acudir a recursos como suficientes cobertores en tiempo de frío y mantenerse siempre abrigados.

8.- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel., su baño con frecuencia de cada tercer día por que refiere que hay días que no llega el agua a su domicilio, su cepillado es nula por falta de dentadura, piel es seca, se le observan varices, tendencia de perdida de pelo después del alta de su cirugía, se observa edema en pies su zapato tiene que aflojarle las agujetas para que pueda entrar su pie.

9.- Necesidad de evitar peligros.- hace una semana que salio con su esposa a visitar unos amigos cuando venia a su casa sufrió una caída su bastón se le resbalo y ocasiono que cayera pero su esposa lo detuvo para que no cayera fuerte solo un raspón en un costado de su cadera, e inmediatamente le hablo a su terapeuta para comunicarle lo sucedido y revisar su prótesis la cual se encontraba en buen estado sin fractura alguna, se describe confiado y algunas veces triste por que ya no puede hacer muchas cosas que antes hacia como salir a caminar con sus amigos sin necesidad de un bastón, su orientación es confusa en tiempo espacio, además refiere que siente dolor en cadera.

Cuando dura mucho tiempo parado y con el frío, se preocupa por los problemas que tiene con sus hermanos, sin embargo ante su situación medica el es colaborador para que pronto pueda caminar por si solo, al igual con la relación que tiene con su familia esposa e hijos, si conoce medidas de seguridad ante su situación, su vacunación es incompleta pues no recuerda cual se le aplico en su vida adulta ni adolescencia y ahora no se a aplicado ninguna vacuna.

10.- Necesidad de comunicarse.- tiene buena comunicación referido por el paciente recuerda todas las cosas importantes su comunicación es verbal es clara organizada , coherente, su humor algunas veces se siente triste ante su situación medica pero hay días que se levanta eufórico, cuando se le pregunto si tenia algún problema sobre su sexualidad con su esposa no contesto solo dijo ninguno, manifiesta que expresa esporádicamente sus emociones y sentimientos, tiene amigos que lo van visitar y con quienes platicar y siente mucho apoyo por parte de ellos, su situación a ocasionado que sus hijas se acerquen mas y demuestran interés por lo que le pudiera pasar, personas que le gustaría que estuvieran a su lado sus hermanos y después se retracto de lo dicho puesto que no quería hacer corajes con ellos, su situación es indiferente desde hace varios años atrás.

11.- Necesidad de vivir con sus valores y creencias.- su religión es católica aunque no acude a la iglesia cree en Jesús y la virgen y le da gracias de la vida que le brindo y de su enfermedad pues que le de fuerzas para salir adelante y no decaer, sus tradiciones familiares es reunirse en eventos y fechas importantes para convivir con sus hijas y yernos, expresa que cuando hay que tomar decisiones importantes siempre platica con su esposa y ambos tomar lo que mas les convienen y/o correcta, le gustaría que su esposa tomara decisiones en caso de que el no pudiera hacerlo.

12.-Necesidad de ocuparse de su propia realización. Su rol es padre de familia, esposo, comerciante el percibe el mismo trata de antes de su operación, cambio su estilo de vida e imagen corporal refiere que es buena, algunas veces me siento triste e inútil refiere el paciente además ya no puedo jugar fútbol.

13.-Necesidad de participar en actividades recreativas.-sus únicos hábitos de distracción es ver televisión las noticias, refiere que cambio sus distracciones por que ya no puede salir con sus amigos, además que ahora no tiene diversión preferida.

14.- Necesidad de aprender. Sabe un poco de las enfermedades que tiene y que le gustaría tener más información sobre la diabetes mellitus y mejorar su dieta, signos de alarma, complicaciones, tratamiento y cuidados.

6.3.-CLASIFICACIÓN DE NECESIDADES Y DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

Necesidad	Datos Objetivo	Datos Subjetivos
1. Oxigenación	FR 20x', tos seca, pies edematizados,	"por el frío"
2. Nutrición	Piel seca y brillante	"tomo poco agua"
3. Eliminación	orina amarilla ámbar,	"Orino 3 veces" "defeco 1 vez" "me sentía esponjado cada vez q terminaba de comer antes de mi operación"
4.-moverse y mantener posturas adecuadas	FC 100 x' t/a 130/80, pulso 78 x', Usa bastón, andador para detenerse de pie, prótesis de cadera, camina 20 x' lentamente,	Duermo con una almohada entre las piernas" "no puedo cruzar la piernas" " me operaron por tener un pie mas chico que otro"
5.- dormir y descansar	6-8 hrs. Confusión en tiempo,	"los primeros días no dormía bien no podía moverme por la prótesis" "antes de mi operación era nervioso me temblaban las manos"
6.-vestirse y desvestirse	No se puede agachar	"Yo me visto solo" " cuando no puedo mi esposa me ayuda"
7.- mantener la temperatura corporal adecuada.	Temperatura 36.7°C, casa de material de una planta, tiene una panadería.	"cuando hace frío nos arropamos bien con chamarras y cobijas" " cerramos bien la casa"

8.-mantener la higiene y proteger la piel	Baño cada tercer día, no se cepillas los dientes, falta de dentadura, piel seca, edema en los pies, moretón en cintura	Me baño solo" " no necesito ayuda para bañarme" " me baño cada tercer día hay veces que no hay agua" " se me caía el pelo cuando Salí del hospital"
9.- evitar peligros	No presenta buena orientación en tiempo, dolor en cadera, autoestima baja, triste, esquema de vacunación del adulto incompleta	Me caí la semana pasada se me deladio el bastón y resbale mi esposa me alcanzó a no caí tan fuerte" "
10.- comunicarse	Comunicación verbal clara organizada, humor triste, no expreso sobre relaciones sexuales, vive con su esposa e hijas,	Tengo muchos amigos que me visitan" " me gustaría que mis hermanos que viven en Morelia me visitaran pero mejor no para hacer corajes si estoy bien"
11.- vivir con sus valores y creencias	Religión católica, reunión en fechas importantes con sus hijas y yernos,	Cuando tomo alguna decisión siempre lo platico con mi esposa" si no pudiera me gustaría que mi esposa las tomara por mi"

12.- ocuparse de su propia realización	Rol de padre, esposo, comerciante, abuelo y amigo,	"algunas veces me siento triste e inútil por ya no puedo hacer muchas cosas que antes hacia, como salir con mis amigos aunque su trato no cambio" "ya no puedo jugar fútbol"
13.- actividades recreativas	Hábitos de diversión ver televisión,	" si ya no puedo salir con mis amigos" no puedo jugar fútbol" ahorita no es ninguna mi diversión preferida"
14.- aprender	Tiene poca información de sus enfermedades, prótesis de cadera y diabetes mellitus, le gusta leer.	"Me gustaría saber mas de diabetes mellitus signos de alarma, complicaciones, tratamiento y cuidados"

6.4.-CLASIFICACION DE DATOS SIGNIFICATIVO Y DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS

NECESIDAD ALTERADA	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
4.-moverse y mantener	Usa bastón, andador, dolor de cadera, moretón en cintura,	Deterioro de la movilidad física relacionando con

posturas adecuadas	camina lento, ligero encorvamiento, "duermo con una almohada entre las piernas"	limitaciones en la amplitud de movimientos, dolor en cadera Manifestado por uso de bastón, andador.
9.- evitar peligros	"me caí la semana pasada se me deladio el bastón y resbale"	Riesgo de caídas Relacionado con prótesis de cadera, accidentes previos, uso de bastón, andador, alteración del equilibrio
10.- comunicarse	Triste, "me gustaría que me visitaran mis hermanos que viven en Morelia, pero mejor no por que nadamas ago corajes", "ya no puedo salir con mis amigos"	Deterioro de la interacción social Relacionado con aislamiento terapéutico y limitaciones de movilidad física Manifestado por verbalizaciones u observaciones para recibir o transmitir una sensación de cariño, interacción disfuncional con sus hermanos.
12.- ocuparse de su propia realización	"algunas veces me siento triste" " ya no puedo jugar fútbol"	Baja autoestima situacional relacionado con problemas familiares, su estado de salud manifestado por sentimientos de tristeza.
		Déficit de actividades

13.- actividades recreativas	"ya no puedo jugar fútbol"	recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades manifestado por expresiones de deseos de hacer algo.
14.- aprender	"me gustaría saber mas de DM, sus complicaciones, Tx, signos de alarma y cuidados de la prótesis de cadera"	Disposición para mejorar los conocimientos Relacionado con su enfermedad manifestado por interés en el aprendizaje de DM, cuidados de la prótesis de cadera

6.5.-JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS	NECESIDAD ALTERADA
Deterioro de la movilidad física Relacionado con limitaciones en la amplitud de movimientos, dolor en cadera Manifestado por uso de bastón, andador.	4.-Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas
Riesgos de caídas Relacionado con prótesis de cadera, accidentes previos, uso de bastón, andador, alteración del equilibrio.	9.- Necesidad de evitar peligros
Deterioro de la interacción social relacionado aislamiento terapéutico, limitaciones de la movilidad física Manifestado por verbalizaciones y observaciones para recibir o transmitir una sensación, interacción disfuncional con sus hermanos.	10.- Necesidad de comunicarse
Baja autoestima situacional Relacionado con problemas familiares, su estado de salud Manifestado por sentimientos de tristeza	12.-Necesidad de ocuparse de su propia realización
Déficit de actividades recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades manifestado por expresiones y deseos de hacer algo.	13.-Necesidad de actividades recreativas
Disposición para mejorar los conocimientos Relacionado con su enfermedad Manifestado por interés en el aprendizaje de DM, y cuidados de prótesis de cadera	14.- Necesidad de aprender.

6.6.- DESARROLLO DE PLAN DE CUIDADOS.

6.6.1.-NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionando con limitaciones en la amplitud de movimientos, dolor en cadera Manifestado por uso de bastón, andador</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. recuperara la estabilidad de su movilidad física y se adaptara a su prótesis de cadera, además de demostrar habilidades e entusiasmo en sus actividades que mejore sus limitaciones físicas.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>J.J.C. de 61 años masculino.</p> <p>Usa bastón, andador, dolor de cadera, camina lento</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. recuperara su movilidad física y dejara de usar el andador como ayuda para sostenerse en 1 mes aproximadamente</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Enseñar técnica correcta de deambulacion si es apropiado para el paciente y brindarle seguridad para hacerlo en cada visita. Como caminar con el andador y bastón sin cansarse y la postura erecta para no sufrir alguna fractura posterior. * Fomentar la realización de ejercicios, no cruzar las piernas y permanecer mucho tiempo sentado, para evitar una fractura de la prótesis, tres veces por día caminar distancias cortas, para adaptación más pronto de la prótesis de cadera. * Explicar la necesidad de aumentar la actividad física y ciertas restricciones (no 	<p>Fundamentacion científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La utilización incorrecta de dispositivos de ayuda puede producir lesiones * Los ejercicios de las piernas ayudan a aumentar el retorno venoso, evitar la presión externa ayuda a impedir la estasis venosa. * Los ejercicios que cargan con

<p>cargas cosas pesadas, no realizar flexiones con el dorso, etc.), y evitar que puedan sufrir posibles fracturas de la prótesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fomentar la realización de ejercicios que produzcan movimientos de estiramiento y tensión sobre el huesos largos p. Ej. Caminar y nadar cada mañana o tarde durante un mes aproximadamente. * Proponerle al paciente que puede hacer ejercicio como mínimo 3 veces por semana durante 30 a 60 minutos en cada sesión según se lo permita su capacidad, inicio caminando en las tardes en el patio de su casa posteriormente en la manzana. * Animar, reconocer y elogiarlo para que realice por si mismo todas las actividades que pueda hacer, aumentando progresivamente según su tolerancia, caminar distancias largas sin cansancio fue un logro para el. * Elaborar y llevar a cabo conjuntamente un programa de ejercicios pasivos, según sus posibilidades con el fin de mantener o mejorar la fuerza muscular y movilidad articular. 	<p>peso aumenta la masa ósea, se deben escoger con precaución las actividades que no conlleven un alto riesgo de fractura.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Un programa continuo de ejercicio estimula la formación de hueso y lentifica la perdida ósea, tiene también una 2da ventaja al mejorar el estado neuromuscular y disminuir la posibilidad de caídas. * La incapacidad para llevar a cabo los ejercicios, generan sentimientos de dependencia y un auto concepto bajo, aumenta la independencia para la realización de los ejercicios, eleva la autoestima. * Un programa de ejercicios que incluyan ejercicios de movilidad articular, isométricos y actividades, natación, puede ayudar a conservar integra la función articular.
---	---

Evaluación del Plan de cuidados:

Principalmente se le dio una breve información de la importancia de los ejercicios que debería hacer para llevar a cabo una mejor y pronta recuperación, además sugerirle una programación

diaria de los ejercicios que le ayudarían con su padecimiento, por lo tanto el estuvo de acuerdo en la aplicación de las acciones de enfermería, diariamente realizaba ejercicios matutinos para su prótesis, caminatas por la tarde acompañado por su esposa y nietos cada tercer día por 30 minutos, se le enseñó a caminar con el andador y bastón para una deambulacion mas segura y sin temor de lastimarse o cansarse demasiado, explico que no debía cruzar,

Los pies, durar mucho tiempo sentado, cargar cosas muy pesadas para evitar que se le fractura su prótesis y con una buena rehabilitación con ejercicios hechos en su casa todos los días seria mas rápido su recuperación, estuve con el paciente ardedor de 6 meses en el cuidado de su salud.

El objetivo se logro puesto que el señor J.J.C. ahora ya no usa el andador, ha recobrado su estabilidad física y postura correcta además se le acondicionaron unos zapatos ortopédicos para su pie izquierdo y cual refiere que ya se siente mas seguro, ya camina distancias más largos sin cansancio y con seguridad, sigue haciendo sus ejercicios todas las mañanas antes de empezar sus labores cotidianos, sale a caminar cada tercer día por las tardes y acude a los baños de aguas termales el cual le han ayudado mucho en la realización de sus ejercicios. Sin embargo en los últimos días que se le fue a visitar ya lo encontramos renuente y ya no quiere realizar las actividades puesto que ya se siente mejor y no quiere que lo acompañe nadie, a llegado a molestarse por la insistencia, sin embargo se le explico de la importancia de que realice sus ejercicios y actividades y que el avance que ha logrado no le servirá si no continua con la rehabilitación y para caminar bien es necesario que haga sus ejercicios, de esta manera se sigue cumpliendo el objetivo propuesto en este diagnostico.

6.6.2.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	
<p>Diagnostico de Enfermería</p> <p>Riesgo de caídas Relacionado con prótesis de cadera, uso de bastón, andador.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. camine con seguridad y firmeza, logrando con esto caídas posteriores.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>El señor J.J.C. de 61 años masculino. "me caí la semana pasada"</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. identifique aquellas zonas de peligro donde pueda sufrir posibles caídas.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utilizar dispositivos, si son necesarios p.ej. bastón, muletas para disminuir las caídas y posibles fracturas. * Identificar las características de su casa con la ayuda de su esposa e hijas y si es posible realizar cambios benéficos para el paciente, mediante recorridos por su casa y poder así decidir que objetos quitar y que fueran peligrosos para su de ambulación. * Protegerle contra caídas accidentales usando zapatos de tacón bajo para caminar, retirando peligros del entorno tales como alfombras, suelos deslizantes, cables de electricidad en el suelo y una mala iluminación. 	<p>Fundamentacion científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los dispositivos de ayuda pueden disminuir la tensión sobre el hueso. * El ambiente donde se desenvuelve el paciente debe ser agradable y con todas las medidas de seguridad posibles para su pronta recuperación. * A menudo las caídas se debe a una fractura espontáneas, caerse estando de pie puede deberse a una fractura de la parte proximal del fémur.

<ul style="list-style-type: none">* Proporcionar información a su esposa e hijas sobre los riesgos que contribuyen las caídas y las medidas para evitar o disminuir además del cuidado que requiere, se llevo acabo mediante exposición oral, escrita con dibujos para mayor entendimiento.* Fomentar sobre la colocación de los objetos personales del paciente a su alcance, esto le permitirá realizar su autocuidado con seguridad.* Proporcionar una iluminación suficiente sin ser deslumbrante, donde se desenvuelve más el paciente así mismo se le da más seguridad.	<ul style="list-style-type: none">* La participación de la familia es la base para el éxito de su recuperación y en el programa como por ejemplo ejercicios, movilizaciones.* Es importante tener siempre al alcance los objetos personales para evitar que ande buscando y pueda sufrir un accidente.* Reduce la posibilidad de tropezar con objetos o de caer sobre ellos, la luz que deslumbra constituye un problema importante para los ancianos.
---	--

Evaluación del Plan de cuidados:

Se les proporciono información de las caídas mediante información escrita oral y dibujos donde se les hacia hincapié a una buena organización en su hogar así como un ambiente terapéutico agradable para el paciente y donde se sintiera seguro de caminar y no sufrir ningún accidente. Se realizo un recorrido en su casa para poder identificar las características de su casa y poder así realizarle modificaciones como el quitar objetos que pudiera sufrir caídas, se les explico de la importancia de que no tuvieran ningún objeto sobre el piso, el piso mojado para darle un ambiente al paciente de mucha seguridad.

El objetivo se llevo acabo mediante una serie de intervenciones hacia al paciente y familia, fue indispensable que el usuario dependiera de un andador y bastón para su seguridad física y el cual le permitió una mejor deambulacion por su casa, además de proporcionarle unos zapatos ortopédicos acorde a su acortamiento del pie izquierdo por lo cual fue necesario su prótesis de cadera y el refiere que se siente mas seguro y ya no necesita del andador y poco del bastón para apoyarse únicamente, claro que fue importante también para el la compresión de su esposa e hija, después de todo las actividades realizadas en conjunto con su familia no ha sufrido ningún otro tipo de accidente puesto que se ha tenido el cuidado necesario.

6.6.3.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN ADECUADAMENTE.	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Deterioro de la interacción social relacionado aislamiento terapéutico, limitaciones de la movilidad física Manifestado por verbalizaciones y observaciones para recibir o transmitir una sensación, interacción disfuncional con sus hermanos.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. mejorara la relación con su familia (hermanos) y podrá transmitir muestras de cariño y será capaz de conseguir una buena comunicación verbal fluida con largos periodos de conversación.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>El señor J.J.C. de 61 años masculino</p> <p>Triste, " me gustaría que me visitaran mis hermanos que viven en Morelia, pero mejor no por que nomás hago corajes"</p> <p>"ya no puedo salir con mis amigos"</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. demostrara su cariño a sus familiares principalmente a sus hermanos, además de una conversación fluida y sin temores en 20 días aproximadamente</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fomentar o comentar modos de iniciar contactos sociales. Como invitar a sus amigos, hermanos a tomar café una o dos veces por semana, reunir a su familia cada fin de semana. * Comentar posibles opciones para aumentar las actividades sociales (programas de fomento para la tercera edad, animales de compañía, etc.) donde el paciente se pueda sentir útil. 	<p>Fundamentacion científica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Preocupación por la propia vida, problemas y responsabilidades a menudo e impiden a una persona relacionarse de forma regular con vecinos o familiares, es posible que se necesite iniciar contactos para romper los patrones de aislamiento establecidos. * La socialización puede fomentar una autoestima y afrontamiento positivos.

<ul style="list-style-type: none"> * Identificar obstáculos para el contacto social, disminución de movilidad, apariencia ante la sociedad, mediante charlas y expresiones verbalmente por parte del paciente con su esposa u amigos. * Animar al paciente a expresar sus sentimientos en relación con el impacto de la operación previa sobre la incapacidad de autocuidado y sobre su estilo de vida. fue necesario que llorara y pudiera sacar a flote sus resentimientos y de esa manera se sintió muy aliviado y logro verbalizar su afecto a su familia. * Dar al paciente oportunidad para tomar decisiones referentes a su entorno, actividades y rutinas a corto y largo plazo según sea apropiado. De esta manera se le hacia notar que su opinión era valiosa en las decisiones importantes para su cuidado. * Animar al paciente a analizar su problema con sus hermanos y que pueda darse una reconciliación entre ellos en un lapso de un 	<ul style="list-style-type: none"> * Los problemas de movilidad funcional dificultan normalmente las relaciones sociales, pero muchas dificultades asociadas pueden solucionarse con una planificación. * El temor al impacto adverso sobre la salud y a la perdida de la independencia ejerce un importante influencia sobre el funcionamiento psicosocial del paciente, animarlo a compartir sus sentimientos da a la enfermera la oportunidad de ratificarlos y posiblemente de corregirlos cualquier concepto erróneo. * La movilidad permite al paciente actualizar sus decisiones (cuando comer, donde ir, que hacer, etc.) la perdida de la movilidad puede influir en la autonomía y el control. * La familia puede proporcionar al paciente oportunidades para mantener las responsabilidades de su rol (padre y esposo) pudiendo a ayudar a reducir la sensación de importancia.
---	--

Evaluación del Plan de cuidados

Se realizaron las acciones programadas en conjunto con su familia del paciente, reinicio su vida social mediante charlas con su amigos mas allegados que Iván a visitarlo puesto que el no podía salir tan seguido de su casa por que tenia que atender su panadería hacer el pan con su esposa y venderlo de alguna manera era una forma de distracción decía, mejoro su relación con su esposa e hijas pudo expresar mas su cariño por ellas, a su incapacidad temporal logro asimilarlo positivamente se dio cuenta que era parte del proceso para su rehabilitación de su padecimiento, salía a caminar por las tardes y era la manera de ver a sus amigos y compadres decía que no tenia tiempo de andar en la calle por que tenia que trabajar.

Sin embargo el objetivo se llevo acabo en un 90 % puesto que no se logro tener una buena comunicación con sus hermanos puesto que el problema que existe entre ellos es demasiado fuerte e hiriente tiene muchos años es una un problema de terrenos donde a pasado varios años de resentimiento y va tomar tiempo asimilarlo para que se pueda llegar una reconciliación con ellos.

6.6.4.-NECESIDAD DE OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACIÓN	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Baja autoestima situacional Relacionado con problemas familiares, su estado de salud Manifestado por sentimientos de tristeza</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. aumentara su autoestima y expresare su estado de ánimo y mostrara interés por su estado de salud.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>El señor J.J.C. de 61 años masculino. " algunas veces me siento triste " " ya no puedo jugar fútbol"</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. expresara su estado de ánimo y sentimientos a sus familiares en una semana.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Implicar a su esposa e hijas y allegados en el régimen asistencial en el mayor grado posible, ayudarle en la realización de sus ejercicios, animarlo a salir de su casa. * Comentar la importancia que tiene de fomentar los cuidados personales a un nivel apropiado diariamente, p, ej. Baño diario arreglo personal donde su estado de ánimo sea más alto con la ayuda de su esposa si es necesario. * Estimular al paciente a verbalizar sus sentimientos y a expresar sus emociones (llorar, gritar, conversar, jugar, nadar, etc.) diariamente. 	<p>Fundamentacion científica</p> <ul style="list-style-type: none"> * La participación de otras personas en los cuidados puede proporcionar al paciente un apoyo físico y emocionalmente. * Unos autocuidados máximos fomentan una autoestima positiva y reducen la sensación de importancia que puede contribuir a una dinámica. * El compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos del paciente en cuanto a sentirse solo y abrumado por las situaciones estresantes.

<p>* Animar al paciente a la participación en actividades que fomentan la autoestima (p.ej. ejercicios, grupos de apoyo, actividades sociales, creativos.) principalmente acompañado por su familia, esposa, hijas, nietos que pueda escucharle y pueda mostrarle su apoyo incondicional.</p>	<p>* La identificación de las fuentes personales de energía y la diferencia de los patrones de afrontamiento ineficaces o peligros de los eficaces mejora la autoestima del paciente y su sentido de capacidad para afrontar el estrés.</p>
<p>Evaluación del Plan de cuidados:</p> <p>Se comento con su familia de la importancia de su lado cuando realiza sus ejercicios no dejarlo solo y que en este momento necesitara mas de su cariño de su familia esposa e hijas, el cual fue paciente, se dieron el tiempo de estar mas tiempo con toda la familia, cada fin de semana.</p> <p>El objetivo propuesto se logro positivamente por parte de su familia, ya no necesita de ayuda para animo a mejorado considerablemente y donde referido por el mismo y dice que por ellas va a estaba internado económicamente, moralmente y esta muy agradecido por el apoyo.</p>	<p>brindarle apoyo al señor J.J.C. así mismo estar a su lado cuando realiza sus ejercicios no dejarlo solo y que en este momento necesitara mas de su cariño de su familia esposa e hijas, el cual fue muy oportuna su comprensión y ayuda hacia el paciente, se dieron el tiempo de estar mas tiempo con el, animarlo a salir de su casa a ir de paseo con toda la familia, cada fin de semana.</p> <p>pudo identificar las muestras de apoyo y cariño por parte de su familia, ya no necesita de ayuda para realizar sus cuidados personales y su estado de animo a mejorado considerablemente y donde se siente mejor con el apoyo de su esposa e hijas referido por el mismo y dice que por ellas va a salir a delante por que lo ayudaron mucho cuando estaba internado económicamente, moralmente y recibió muestras de cariño por parte de sus hijas y esta muy agradecido por el apoyo.</p>

6.6.5.-NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

<p>Diagnostico de Enfermería:</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p>
--	---

<p>Déficit de actividades recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades manifestado por expresiones de deseos de hacer algo</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. será capaz de reconocer la importancia de realizar actividad para combatir su aburrimiento, además de mostrar interés por realizarla.</p>	<p>Señor J.J.C. de 61 años masculino.</p> <p>"ya no puedo jugar"</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. podrá decidir que actividades realizar además de mostrar entusiasmo en una semana aproximadamente.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Evitar el uso de TV como fuente principal de recreo del paciente. * Comentar y fomentar las posibles ventajas que tiene el tiempo de ocio y después realizar actividades (lectura ligera, trabajos manuales, juegos, caminar por las tardes por el pueblo.) y posteriormente el paciente comentara su experiencia y la sensación que percibió después del paseo. * Fomentar y planificar una serie de actividades como puede ser lectura, caminatas con sus hijas, paseos familiares, para el control de estrés. * Elaborar y llevar a cabo un listado de actividades (ajedrez, cartas, juegos de mesa, lecturas comentadas, domino, 	<p>Fundamentación científica</p> <ul style="list-style-type: none"> * En vez de programas educativos de TV fomentar la participación positiva y normalmente no supone un esfuerzo intelectual. * Las actividades recreativas pueden hacer que una persona resulte más interesante.. * Las actividades recreativas pueden ayudar al paciente a volver a centrarse en otras cuestiones distintas a su situación y temores asociados. * Las tareas compatibles con la concentración y los intereses de la persona puede aumentar el contacto con la realidad

<p>etc.) llevarla a cabo inmediatamente por el tiempo que le agrade la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sugerir cambiar la rutina diaria, de manera que realice actividades de acuerdo a sus posibilidades de movimiento e interés p. ej. Caminar a visitar a sus amigos, acompañar a su esposa al mandado, nadar en aguas termales 3 veces por semana. * Planificar conjuntamente las actividades diarias con el paciente, intercalando periodos de descanso, actividad y ocio de acuerdo a sus preferencias y nivel de energía (actividad física 20min por día y aumentar gradualmente). 	<p>favorecer las relaciones con los demás y aumento de la autoestima.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Las actividades informales favorecen en bienestar más que las actividades organizadas las actividades en solitario ejercen poco afecto sobre la satisfacción vital. * El permitir al paciente fomentar decisiones fomenta la seguridad e independencia el agotamiento y el dolor impide llevar a cabo un programa de actividades.
---	--

Evaluación del Plan de cuidados:

Se le animo a realizar actividades recreativas como jugar domino con sus nietos cada tercer día aunque decía que sus nietos eran muy guerreros pero se distraía, tenía tardes agradables donde se iba a caminar con su esposa que nunca lo dejó solo y se sentía muy a gusto seguro e importante, a los baños iban cada tercer día por las noches después de una jornada de trabajo se iban a relajar con un baño rico de agua caliente no iban muy seguidos porque su hija no tenía tiempo de llevarlos todos los días pero cuando no podía llevarlos tomaban un taxi para asistir porque comentaban que dormían mejor y le ayudaba al paciente para su rehabilitación de sus prótesis, sin embargo no se llevaron a cabo todas las actividades propuestas al 100% porque el señor J.J.C decía que terminaba muy cansado de ayudarlo a su esposa en la preparación del pan para vender pero se sigue llevando a cabo el objetivo impulsándolo para darse el tiempo de tener de realizar actividades que le ayudaran a su relajamiento y distracción con la ayuda de su familia se sigue tomando en cuenta estas acciones para la recuperación del paciente y su estado de ánimo y salud sea muy saludable.

6.6.6.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos Relacionado con su enfermedad Manifestado por interés en el aprendizaje de DM, cuidados de la prótesis de cadera</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor J.J.C. podrá identificar la patología de DM además de conocer los cuidados para mantener las cifras de glucosa normales.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>Señor J.J.C. de 61 años masculino.</p> <p>“me gustaría saber mas de DM, complicaciones, Tx, signos de alarma y cuidados”</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>El señor J.J.C. conocerá la patología de su enfermedad y será capaz de identificar signos de alarma sobre la DM y los cuidados de su prótesis.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar información sobre la evaluación y complicaciones de diabetes mellitus y prótesis de cadera al paciente y esposa e hijas para poder brindarle un mayor cuidado, mediante lectura comentada, láminas, dibujos, exposición oral. * Proporcionar material didáctico con dibujos, de fácil comprensión, actual, con letra legible, a fin de recordar lo mas relevante como es los signos y síntomas, complicaciones y cuidados de la DM, además de la prótesis de cadera. Y responder a cualquier duda que pudiera existir en la familia y paciente. * Informar y reforzar la información de DM y prótesis de cadera en cada visita principalmente 	<p>Fundamentacion científica</p> <ul style="list-style-type: none"> * El tener el conocimiento sobre la patología reduce la angustia y fomenta la tranquilidad, además de favorecer el autocuidado y la identificación de riesgos. * El paciente que se siente bien respaldado puede afrontar la mejor la tensión asociada a la DM y prótesis de cadera dichas fuentes pueden proporcionar información adicional específica para mejorar su estilo de vida. * Usar distinto tipo de material

en los cuidados que deben tener el paciente y la familia.	docente estimula el aprendizaje, mejorando la retención sobre todo en el caso de los ancianos que pueden tener un deterioro visual o auditivo.
---	--

Evaluación del Plan de cuidados:

Se les dio información acerca de DM y prótesis de cadera, tres sesiones de 30 minutos con material didáctico como laminas, dibujos explosión oral y donde se mostraban muy atentos y preguntaban lo que no entendían principalmente el paciente y su esposa además de dejarle información escrita para cualquier duda que tuvieran y poder recordar algún dato que pudiera pasárselos, además que se les preguntaba al día siguiente de la exposición para que quedara mas entendible la información y si surgía alguna duda.

sin embargo no se logro el objetivo al 100% por que el paciente presento cifras altas de glucosa en sangre (180mg/dl) y algunos signos de diabetes como: polifagia, polidipsia, y por este motivo fue llevado a la clínica de Chucandiro mich. Y se le dio tratamiento y se le realizaron estudios de laboratorio donde el resultado de glucosa en sangre fue de 86 mg/dl y se le bajo la dosis de glibenclamida, sin embargo se le pidió que acudiera al internista por que presenta una inflamación en el hígado, sin embargo no a acudido con el internista dice que cuando tenga tiempo y dinero que mientras ha modificado su dieta balanceada, además que tiene unos días atrás que empezó a tomar alcohol y fumar dice que con eso ya no esta ansioso, se ha platicado con el de las posibles complicaciones que puede tener si no se atiende pronto con el internista, de su prótesis de cadera a respondido favorablemente a los cuidados que debe tener. Posteriormente de la ultima visita que se le hizo nos comenta que ya no ha tomado por ha notado que se siente muy mal y a decido dejarlo solo fuma ocasionalmente, y se le hizo reflexionar de lo importante que deje de fumar y tomar alcohol. También me comenta que ya va a acudir con el medico internista. Y seguimos en la aplicación del objetivo para su cumplimiento satisfactorio.

VII.- CONCLUSIONES

- * Este trabajo me ha demostrado que la buena y acertada aplicación del proceso en cada caso radica en el buen desarrollo del mismo y se ve reflejado en el resultado final que como profesional de la salud obtenemos en nuestro paciente.

- * Al término del proceso se lograron la mayoría de los resultados esperados, el paciente mostró mejoría y dijo estar satisfecho con la atención.
- * Los resultados que se obtienen del tratamiento que se brinda a un paciente van a depender en parte a la atención de calidad que brinde el lic. en enfermería ya que si no sabe identificar necesidades y realizar los cuidados pertinentes al paciente, entonces no sobra que acciones debe implementar para solucionar los problemas de salud que se presenten.
- * Este trabajo me permitió reflexionar sobre los procedimientos que realizamos diariamente y todo lo que se puede lograr si fijamos con cada paciente metas determinadas.
- * Es un hecho comprobado que las acciones de enfermería cumplen con los objetos trazados debido no solo al personal de enfermería que las aplica, sino también y sobre todo al grado de disponibilidad que tenga el paciente al tratamiento.
- * El proceso enfermero nos permite darnos cuenta de la importancia que tiene el brindar a los pacientes una atención de enfermería de calidad que sea humanística y sobre todo integral, ya que esto nos deja estar en frecuente interacción con el paciente y tomar en cuenta todo lo que le sucede.
- * El señor J.J.C. logro su estabilidad física emocional con los cuidados oportunos de enfermería, además de que el puso mucho de empeño para lograrlo juntos.
- * Concluyo a mi parecer que los objetivos se logran totalmente dependiendo de las intervenciones que se ejecuten bien y del paciente que se integre totalmente a realizarlos.

VIII.- SUGERENCIAS

- * Para mejorar el proceso de aprendizaje en futuras generaciones, me permito hacer algunas sugerencias en relación al manejo y desarrollo del proceso de enfermería:
- * Orientar a los pobladores sobre las diferentes prótesis que existen y la DM. dirigiéndose principalmente a la población de folletos, abordando a si la prevención primaria.

- * Implementar el proceso enfermero en la atención de los pacientes independientemente de la patología, lo que proporciona a la enfermera brindar una atención continua, coordinada y racionalizada.
- * la metodología de intervenciones de enfermería no únicamente se puede aplicar a nivel hospitalario, si no también a nivel domiciliario y muchas veces es donde mas se requiere de las intervenciones del profesional de enfermería.
- * Que los futuros pasantes que se inclinan a elaborar un proceso enfermero para obtener la titulación que se enriquezcan muy bien de lo que integra y consiste la elaboración del proceso, para que no se les presente ningún problema y se les facilite aplicarlo, logrando éxito en todos los objetivos.
- * Promover cursos para conocer todas las filosofías, teorías y modelos de enfermería y este sea un instrumento base para mejorar y brindar una atención de mejor calidad. Así mismo poder decidir la teoría mas completa para evaluar las necesidades básicas del ser humano.
- * Promover la prevención de las enfermedades crónico degenerativas a la población mediante campañas sociales, seria bueno que la escuela fuera la primera en impartir información preventiva hacia nuestra población y así darle aun mas crédito a nuestra profesión.
- * Fomentar la participación de los familiares en el seguimiento del régimen terapéutico hacia el paciente y poder aplicar exitosamente la metodología de enfermería.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://ortopedia.rediris.es/tribuna/Art27.html>
2. <http://www.conacyt.mx/comunicacion/revista/183/articulos/Diabetes.html>
3. NOM-015-SSA2-1994 – Diabetes
4. Álvarez Alba .SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA, MANUAL MODERNO 3ra edición 2002.
5. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. PROCESO ENFERMERO. Ediciones Cuellar. Pp. 29-93.
6. Hernández Ramírez. Antología Eneo. EL PROCESO DE ENFERMERÍA. Producción académica. 1997. pp.: 42

7. p.w.lyer, Taptich, Bernocchi- Losey. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. 3ra ediccion. Mc Graw-Hill interamericana pp.: 9-11
8. M^a. Elena Ledesma.EL PROCESO DE ENFERMERÍA, METODOLOGÍA PARA LA PRACTICA PROFESIONAL, 1ra ediccion 2000. pp: 13_44.
9. c.m.c. Roberto Martínez Arenas. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA CURSO TITILACIÓN.
10. <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html>
11. Carpenito Juall Linda, DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA APLICADO A LA PRACTICA CLÍNICA,9^o ediccion, McGraw Hill-Interamericana.2002.
12. Leslie de Atkinson. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Ediccion manual moderno. 1985.
13. [http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/hip.pdf\(1\)](http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/hip.pdf(1))
14. Ann Marriner. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. 3ra ediccion
15. bruner y suddarth. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO. 10^o edición McGrawhill.vol. II, pp.2230-2238
16. Reeves. Roux. Lockhart ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA. Mc Graw Hill. Interamericana. 2001
17. Juan Manuel ríos torres, Rull Rodrigo, CLASIFICACIÓN, DIAGNOSTICO Y FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES. Tercera ediccion. Vol. II
18. Gayton. TRATADO DE FISIOLOGÍA MEDICAD. Décima ediccion Mc Graw- Hill interamericana. 2001.
19. <http://geosalud.com/diabetesmellitus/diabetestratamiento.htm>
20. Lerman. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO. 2da ediccion Mc Graw-Hill Interamericana. 1998

X.- BIBLIOGRAFIA

Álvarez Alba .SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA, MANUAL MODERNO.3ra edición 2002.

Ann Marriner. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. 3ra ediccion

Bárbara Kozier, Clenora Erb, Autrey Berman Shirlee Zinder. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Conceptos, proceso y práctica. Séptima edición. Vol. Uno, dos, tres. McGraw-Hill. Interamericana.

Beare Myers. ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA. Vol. III. Tercera edición. Pp. 1406-1424.

Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. PROCESO ENFERMERO. Ediciones Cuellar. Pp. 29-93.

Bruner y suddarth. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO. 10º edición McGrawhill.vol. II, pp.2230-2238.

C.m.c. Roberto Martínez Arenas .METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA CURSO DE TITULACIÓN

Carpenito Juall Linda, DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA APLICADO A LA PRACTICA CLÍNICA, 9º ediccion, McGraw Hill-Interamericana.2002.

Fuerst y Wolf. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERIA. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana s.a.

Gayton. TRATADO DE FISIOLOGÍA MEDICAD. Décima ediccion Mc Graw- Hill interamericana. 2001.

Hernández Ramírez. Antología Eneo. EL PROCESO DE ENFERMERÍA. Producción académica. 1997. pp.: 42

Iuverne Wolf Lewis. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Cuarta edición. Harla. México.

Juan Manuel ríos torres, Rull Rodrigo, CLASIFICACIÓN, DIAGNOSTICO Y FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES

Lerman. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO. 2da edicion Mc Graw-Hill Interamericana

Leslie de Atkinson. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Ediccion manual moderno. 1985.

Mª. Elena Ledesma.EL PROCESO DE ENFERMERÍA, METODOLOGÍA PARA LA PRACTICA PROFESIONAL, 1ra ediccion 2000. Pp: 13_44.

McCloskey Bulechek. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (CIE). Nursing. Intervenciones classfication (NIC) tercera edición. Harcourt

Morjory gordon. MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA. Décima edición. Mosby.

P.w.lyer, Taptich, Bernocchi- Losey. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. 3ra ediccion. Mc Graw-Hill interamericana pp.: 9-11

Reeves. Roux. Lockhart. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA. Mc Graw. Hill. Interamericana. 2001

Perry Potter. ENFERMERIA CLINICA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS. Cuarta edición. Harcourt Brace.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participante en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a "prótesis de cadera"

Yo:

Doy mi consentimiento para participara en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Sé, pues así se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado que el responsable de dicha investigación es Lic. En Enfermería Rufina Rojas Solano y no teniendo ningún inconveniente

Acepto participar en la presente investigación

P.L.E. Rufina Rojas Solano

Testigo

Morelia Mich. A 28 de noviembre del 2006

Apéndice 1. Plan de cuidados de Enfermería

Plan de cuidados de Enfermería (nombre de la necesidad evaluada)	
Diagnostico de Enfermería: Objetivo general:	Datos Generales y significativos. Resultado esperado:
Intervenciones y acciones específica	Fundamentacion científica de las acciones.
Evaluación del Plan de cuidados:	

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS

DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Familia _____

Fecha de valoración _____ Estado civil _____ Escolaridad _____ Religión _____

Domicilio _____ Motivo del Ingreso _____

Diagnóstico medico _____

Valoración realizada por _____

ANTECEDENTES

Enfermedades

anteriores _____

Historia familiar de enfermedades

Historia de la enfermedad actual

Valoración General

Aspecto general, arreglo, higiene _____

Mucosa oral (color, humedad, lesiones) _____

Dientes: dentadura postiza _____ -cavidades _____ -faltan piezas _____

¿oye los susurros? _____ puede leer los periódicos _____ ¿Usa gafas? _____

Pulso (frecuencia) _____ ritmo _____ intensidad _____ sonidos respiratorios _____

Tensión arterial _____

¿Puede coger un lápiz? _____ amplitud de movimientos (articulaciones) _____

Firmeza muscular (tono) _____ piel: prominencia óseas _____ Lesiones _____

Cambios de color _____ Marcha _____ Postura _____ falta una parte corporal _____

Habilidad demostrada para (código del nivel): Alimentarse _____ Bañarse _____

Usar el Wc _____ -Arreglo personal _____ Cocinar _____ Moverse en la cama _____

Hacer las labores domesticas _____ Vestirse _____ Hacer las compras _____

Vías intravenosas, drenajes, aspiración, etc. (Especificar) _____

Peso actual _____ peso informado _____ talla _____ temperatura _____

Orientación _____ ¿capta las ideas y preguntas (abstractas concretas) _____

Idioma que habla _____ voz y patrón del habla _____ nivel de vocabulario _____

Contacto ocular _____ duración de la atención (distracción) _____

Nervioso _____ asertivo _____ interacción con los demás de la familia _____

VALORACION POR NECESIDADES**1- NECESIDAD DE RESPIRAR**

Frecuencia respiratoria_____Tipo de respiración_____Eupnea, _____Disnea, _____
 Oxigenoterapia_____Ruidos respiratorios_____secreciones_____Dolor al respirar_____
 Utilización de músculos accesorios_____Tos_____Expectoración_____
 Fumador_____,Cigarrillos/día_____,Exfumador_____T/A_____FC_____Pulso
 _____tipo _____alergias respiratorias _____de que tipo _____
 Toma drogas_____cuales_____alcoholismo_____tiempo _____
 Coloración de piel y mucosas _____

2- NECESIDAD DE COMER Y BEBER

Nivel de autonomía para comer: 0 1 2 3 4

Peso (Kg.) _____Talla (Cm.) _____Peso ideal (Kg.)_____

Cambios de peso reciente (especificar Kg.), _____

Alimentos o líquidos que toma habitualmente (tipo, cantidad y hora):

*Desayuno,_____

*Almuerzo,_____

*Merienda,_____

*Cena,_____

Dieta prescrita,_____

Alimentos y líquidos que no le gustan o no tolera_____

Apetito normal_____disminuido_____aumentado_____vómito_____

Alteraciones en la boca,_____Dificultad de masticación,_____Deglución,_____

Falta de piezas dentales_____, Prótesis dental_____regurgitaciones_____

Prob. Digestión _____gases_____ardor _____pesadez_____dolores_____

La piel esta hidratada_____come entre comidas_____

Alergias alimentarias_____Ingiere suplemento_____pirosis_____

Anorexia_____Disfagia_____Dispepsia_____Nauseas_____

3- NECESIDAD DE ELIMINACION

Nivel de autonomía para eliminación: 0 1 2 3 4

Patrón urinario habitual (frecuencia), _____ nicturia _____ retención _____

Sonda vesical _____ Fecha de último sondaje _____ alguna enfermedad urinaria _____

Orina (frecuencia, cantidad y aspecto) _____

Relación urinaria _____ incontinencia urinaria _____ Disuria _____, Polaquiuria _____

Hematuria _____ Secreciones vaginales o uretrales _____ especificar _____

Sudoración cutánea _____ sudoración profusa _____

Menstruación _____ regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Patrón intestinal habitual (frecuencia semanal) _____

Día de última deposición, _____ Deposición (frecuencia, cantidad y aspecto) _____

Alteraciones de peristaltismo _____ tensión abdominal _____ hemorroides _____

Rectorragia, _____ Hábitos que ayudan o dificultan la eliminación _____

estreñimiento _____ Heces negras _____ Uso de laxantes _____ Hematemesis _____

Vómitos _____ Hemorragias _____

4- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Frecuencia cardíaca _____ Ritmo, _____ Presión arterial _____ Pulso _____

Nivel de autonomía para:

* Caminar: 0 1 2 3 4 * Movimiento en la cama 0 1 2 3 4

* Levantarse-sentarse: 0 1 2 3 4

Mano dominante: Derecha _____ Izquierda _____ Postura habitual: En cama _____ Sentado _____

De pie _____ Camina _____ Equilibrio y marcha: Estable _____ Inestable _____ Nula _____

Comportamiento _____ motor:

inhibido _____ agitación _____ temblores _____ inquietud _____ ties _____

Rigidez articular _____ Deformidades esqueléticas _____ Amputaciones _____

Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____ limitaciones

físicas _____ Temporales _____ permanentes _____ cuales _____

Aparatos de ayuda: baston_____muletas_____andador_____otros_____

Vértigo_____hace ejercicio_____cuanto tiempo_____deportes_____

Situaciones que interfieren en movilidad y postura_____

Estado de conciencia_____características_____conciente_____

Desorientado_____expresión facial: adecuada_____alerta_____

inexpresivo_____hostil_____Inadecuado_____letargico_____sedentarismo_____

5- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Patrón habitual de sueño (horas y momento)_____insomnio_____somnolencia_____

Ojeras___enrojecimiento de conjuntivas_____bostezos_____párpados inflamados_____

Habla pausado_____confusión_____irritabilidad_____temblor de manos_____

Dificultad de dormir_____Despertar precoz_____Interrupciones nocturnos_____

Sueño excesivo_____pesadillas_____tipo_____

Ayuda para favorecer el sueño_____lectura_____baño_____fármacos_____

otros_____

Se levanta cansado_____descansado_____confuso_____

Otros factores que afectan el sueño_____

A que lo atribuye?_____Situaciones que influyen en su reposo y sueño_____

6- NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Nivel de autonomía para vestirse y desvestirse: 0 1 2 3 4

Alergias a determinados tejidos_____cuales_____

Se viste de acuerdo a lugar, estación y circunstancia_____

Uso de ropa limpia y cómoda_____otros datos de interés_____

7- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA TEMPORAL

Temperatura corporal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ T/A _____

Sudoración cutánea: _____ están fríos sus pies y/o manos? _____

Condiciones ambientales en su hogar _____

Recursos de adaptación _____

8- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE Y PROTEGER LA PIEL

Nivel de autonomía para lavarse: 0 1 2 3 4

Hábitos de higiene corporal _____ baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillado de dientes _____ frecuencia _____ uñas y pelo quebradizo _____

su piel es: seca _____ grasosa _____ Piel sudorosa _____ Cianosis _____ linfedema _____

flebitis _____ varices _____ ictericia _____

Tiene tendencia a perder el pelo _____ sus cabellos son: secos _____ grasos _____

Estado de la piel _____ piel/mucosas (localización, medida, descripción aspecto):

* Ulceras _____

* Edemas _____

* Heridas quirúrgicas o drenajes _____

* Ostomía _____

* Vías venosas centrales _____

* Vías arteriales _____

9- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Antecedentes de caídas o accidentes _____

Automedicación _____ Alergias _____ descripción de si mismo: alegre _____

triste _____ confiado _____ Desconfiado _____ tímido _____ inquieto _____

Orientación:

Tiempo: _____ Espacio _____ Personas _____ Somnoliento _____ confuso _____ apático _____

Hipervigilante _____ distraído _____ fluctuante _____ inutilidad _____ impotencia _____

Alteración de la estabilidad, _____

Solo sigue instrucciones _____ Estado de conciencia: (Glasgow), _____

Reflejos: Tusiégeno _____ Náuseoso _____ Deglución _____ Otros _____

Dolor (tipo, localización irradiación) _____
 Control del color _____ Prurito, _____ Vértigo _____ Miedo _____ rabia _____
 Disminución de memoria _____ Depresión _____ ansiedad _____ delirios _____
 Alteraciones de autoestima _____
 Preocupaciones/inquietudes del individuo y familia _____
 Reacción del cliente ante la nueva situación: Tenso _____ Relajado _____ Desinterés _____
 Agresivo _____ Colaborador _____ Medios que utiliza para afrontarse o protegerse _____
 Reacción familiar ante la situación:
 Tensa, _____ desinterés, _____ Colaboradora _____
 Conoce y utiliza medidas de seguridad _____
 vacunación _____

10- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Déficit visual _____ déficit auditivo _____ Gafas, _____ Audífono _____ prótesis _____
 Alteración memoria _____ Barrera idiomática _____ sordo _____ mutismo _____
 Comunicación verbal _____ comunicación no verbal _____
 Formas de expresión:
 claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ desorganizado _____
 incoherente _____ tartamudeo _____ autista _____
 Humor:
 deprimido _____ eufórico _____ ansioso _____ triste _____ apático _____ otros _____
 Situaciones que influyen en su comunicación _____
 Expresión de problemas sexuales _____ Con quien vive? _____
 Manifiesta sus emociones y sentimientos? _____
 Tiene amigos para compartirlo? _____ Sistema de apoyo _____
 La situación ha alterado las relaciones familiares? _____
 Personas que le gustaría que estuvieran a su lado _____
 Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

11- NECESIDAD DE VIVIR CON SUS VALORES Y CREENCIAS

Que percepción tiene de la situación que vive? _____

Tiene conflictos entre creencias y salud? _____

Desea algún apoyo religioso _____ católica romana _____ protestante _____ judía _____ otra _____

Cuales son las tradiciones familiares? _____

Sus valores son _____ dificultad de toma de decisiones? _____

Que persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12- NECESIDAD DE OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACION

Rol familiar, social del paciente _____

Rol laboral _____ Rechazo _____

Manifestaciones de baja autoestima, Culpa _____ Vergüenza _____ inutilidad _____

Impotencia _____ Cambio en su estilo de vida o imagen corporal _____

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría _____ explicar _____

Participa en las tomas de desiciones _____

Que influencias en ocupaciones laborales y sociales tiene su enfermedad? _____

13- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Hábitos de diversión y distracción habituales, _____

La situación de salud ha cambiado las distracciones? _____

Ha tenido cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

Perdida de interés por las actividades recreativas? _____ por que _____

Circunstancias que influyen en su entretenimiento _____ falta de recursos _____

Falta de relación _____ cual es su diversión preferida? _____

14- NECESIDAD DE APRENDER

Sabe las enfermedades que tiene? _____ cuales _____

Conoce las medidas de mejora para su salud? _____

Sabe para que sirven los medicamentos que toma? _____

Que información sobre el proceso de salud le gustaría tener:

* Situaciones de alarma _____ * Complicaciones, _____ * Tratamiento _____

* Cuidados _____ Interés en el aprendizaje: Pregunta _____ Participa _____

Propone alternativas _____ Resuelve problemas _____ otros _____

Medios que utiliza para aprender: Lee ___ Escribe _____ Escucha _____ Otros _____

Situaciones que dificultan la capacidad de aprender: Memoria _____ Entorno _____

Lenguaje _____ Otros _____

Nivel de autonomía

0 *Autónomo*

1 *Necesidad de ayuda material*

2 *Necesidad de ayuda de otra persona*

3 *Necesidad de ayuda material y de otra persona*

4 *Necesidad de ayuda total*