



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA.

PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA
ELIZABETH OREM APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO.

PROCESO DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E. LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

ASESOR:

M.S.P JULIO CESAR CABRERA GONZALES

MORELIA MICHOACAN, MAYO 2019.

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

I.-M.E. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

II.-DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

SECRETARIA ACADÉMICA

III.-M.E BÁRBARA MONICA LEMUS LOEZA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA DE SINODALES
JURADO

I.-M.S.P. JULIO CESAR GONZALEZ CABRERA.

PRESIDENTE

II.-VOCAL 1

L.E.I JOSUE VARGAS PEÑA.

III.-VOCAL 2

DRA. GEORGINA HERNANDEZ MATA.

IV.-LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

SUSTENTANTE

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

Florence Nightingale.

DEDICATORIA

Es un honor dedicarle mi proceso de titulación principalmente a Dios porque gracias al estoy aquí cumpliendo uno de mis sueños que es titularme y seguir adelante haciendo lo que tanto me gusta, así como a mis queridos padres quienes siempre me apoyaron hasta el final y lo siguen haciendo porque con su esfuerzo y dedicación me dieron todo lo necesario para poder llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mis hermanos que siempre me apoyaron.

En especial a mis amigos a los que siempre estuvieron conmigo en todo momento y me brindaron su apoyo y su confianza en todo momento que lo necesite.

A mi mejor amiga Natalia porque siempre estuvo ahí apoyándome y brindándome su apoyo incondicional por estar presente en cada momento de mi vida malo o bueno siempre demostrándome su cariño enorme y sincero.

A mis maestros que me han acompañado durante lo largo de esta carrera brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos.

A mis asesores porque sin ellos no habría logrado llegar hasta donde estoy por su paciencia y sabiduría y por ser unas grandes y enormes personas que yo admiro mucho.

AGRADECIMIENTO

Mi máxima gratitud está dirigida principalmente a dios, por darme la oportunidad de seguir existiendo y que me ha permitido llegar al final de mi carrera, a mis padres que me han brindado su apoyo incondicional y nunca me dejaron sola, ellos son mi motivo de seguir adelante.

También agradezco a mis hermanos y amigos que siempre estuvieron apoyándome en todo lo que necesitaba.

Agradezco también a todos mis maestros que con su enorme esfuerzo nos enseñaron lo mejor y lo bueno de ellos para ser unos mejores profesionistas y brindar cuidados adecuados en todo momento.

CONTENIDO

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN.....	8
ABSTRAC.....	9
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	11
CAPITULO I MARCO TEORICO.....	11
1. Proceso de enfermería.....	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Concepto del proceso de enfermería.....	12
1.3 Etapas del proceso de enfermería.....	13
2. Teoría general del déficit de autocuidado de Elizabeth Dorothea Orem.....	18
TEORIA DEL AUTOCUIDADO	24
TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.....	26
TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA	27
3. lesión de menisco	30
3.1 Definición	30
3.2 Causas de las lesiones de menisco	31
3.3 Factores de riesgo en las lesiones de menisco	31
3.4 Tipos de lesiones de menisco	32
3.5 Tratamiento	33
3.6 Prevencion	34
METODOLOGIA	37
Caso clínico	37
CONSIDERACIONES ETICAS	38
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	41
CONCLUSIONES	67
SUGERENCIAS.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	74
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	84
	7
PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA	

RESUMEN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

Además, es considerado como una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de la enfermería, permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería.

La teoría de Orem consiste en un conjunto de conceptos interrelacionados, dicha teoría intenta describir o explicar el fenómeno denominado enfermería.

Las teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermedad.

Dorothea Orem, explica el autocuidado como una necesidad humana, cuyo aspecto esencial es atenderse cada persona para lograr su propio beneficio: mantener la vida o recuperar la salud.

El rol de la enfermería es influir en las personas en el logro del autocuidado evitando interferencia de personas, objetos o circunstancias.

En este trabajo se desarrolla el proceso de enfermería abarcando las cinco etapas aplicándolo al caso clínico de una paciente femenina de 78 años con lesión de menisco en el miembro inferior derecho, manifestada por dolor, inflamación, rigidez y dificultad para la marcha; lo que nos llevó al diseño de la propuesta de intervención con objetivos a corto y mediano plazo y que actualmente el pronóstico de salud y autocuidado desde que se le dio de alta del plan de cuidados es favorable.

Palabras clave: Proceso de enfermería, lesiones, tipos de lesión, meniscos, factores.

ABSTRAC

The nursing process is a systematic and organized method to administer individualized nursing care according to the basic approach of each person or group of people, responding differently to a real or potential health alteration.

In addition, it is considered a valuable tool in the performance of the nursing professional, which allows care in a rational, logical and systematic to obtain information and identify the problems of the individual, family and community in order to plan, execute and evaluating the nursing care, it allows to define the professional exercise, to guarantee and assure the quality of the care to the subject of attention, it provides bases for the operative control and the means to systematize and investigate in nursing.

The theory of Orem consists of a set of interrelated concepts, this theory tries to describe or explain the phenomenon called nursing.

Nursing theories are concerned and specify the relationships that exist between four main concepts: person, environment, health and disease.

Dorothea Orem, explains self-care as a human need, whose essential aspect is to assist each person to achieve their own benefit: maintain life or recover health.

The role of nursing is to influence people in the achievement of self-care avoiding interference from people, objects or circumstances.

In this work, the nursing process is developed, covering the five stages, applying it to the clinical case of a 78-year-old female patient with a meniscus lesion in the lower right limb, manifested by pain, inflammation, stiffness and difficulty walking. what led us to design the intervention proposal with short and medium term objectives and that currently the prognosis of health and self-care since he was discharged from the care plan is favorable.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidado de enfermería individualizada de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. (UNAM, 2011)

Para brindar el cuidado se debe guiar en el marco referencial, en este caso se trata del proceso de enfermería basado en la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, en una persona con Lesión de Menisco, con el propósito de atender los requisitos de autocuidado alterado, que encuentran presentes, a partir de las condiciones internas y externas del individuo que mantienen la estructura y funcionamiento humano, en este sentido, el modelo de Dorothea Orem facilita el proceso de manera efectiva abordando el déficit de autocuidado de la persona a través de una amplia valoración, este modelo no solo abarca las necesidades de autocuidado universales si no también aquellas necesidades específicas del desarrollo físico, como son el comer, dormir, eliminar, bañarse, social, psicológico del individuo, de su situación de enfermedad o lesión y de su relación con los profesionales del cuidado de la salud.

En este proceso de enfermería, se aborda el caso de una paciente femenina de 78 años de edad, ama de casa, casada, madre, dependencia económica de sus hijos, con escolaridad de nivel básico, es derecho habiente del ISSSTE, originaria de Santanamaya municipio de Morelia Michoacán. Su nivel de desarrollo físico es acorde al cronológico, habita casa propia tipo rural que cuenta con todos los servicios. Físicamente cuenta con sobrepeso moderado, no realiza ninguna actividad física, la mayor parte del tiempo se la pasa sentada, su alimentación es a base de pastas; por la mañana acostumbra a desayunar huevo casi todos los días, no consume leche, ingiere muy poca agua y realiza 2 comidas al día. La paciente cursa con dolor referido en el miembro superior derecho, edema en la zona, dificultad para moverse lo que se diagnostica lesión de menisco posteriormente es referida para su valoración médica. Se ve la necesidad de realizarse una cirugía de artroscopia para tener el mejor tratamiento adecuado para su salud.

La rotura del menisco es una lesión en los discos o el disco del cartilago de la rodilla cabe mencionar que se puede producir como consecuencia de un trauma, por ejemplo, un accidente, por un desgaste del tejido cartilaginoso o también por una combinación de los dos.

Se realizaron los diagnósticos adecuados y las intervenciones de enfermería correspondientes para su cuidado durante la cirugía y para el proceso de recuperación logrando un resultado positivo durante todo el proceso. Se tomaron fotografías de la usuaria mostrando algunas de las intervenciones de enfermería realizadas durante el proceso de enfermería

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las necesidades de autocuidado que tiene una usuaria con Lesión de Menisco, y en base a ello realizar un plan de intervenciones para su cuidado por medio del proceso de enfermería.

Objetivo Particular:

Determinar cuidados por medio del proceso de enfermería realizando las intervenciones sugeridas de cada diagnostico presentado por la usuaria.

Orientar tanto a la usuaria como a los familiares sobre el proceso de su enfermedad actual que cursa y los diferentes signos y síntomas que se presentan y que se presentarán durante todo el proceso.

CAPITULO I MARCO TEORICO

1. Proceso de enfermería.

1.1 Antecedentes

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

(Belo N.L, 2006, pág. 32)

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: "Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional".

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente. La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal.

(Leon Roman CA, 2013, pág. sp).

1.2 Concepto del proceso de enfermería

"Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud."

(UNAM, 2011, pág. sp).

El Proceso de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de Enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería, permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en Enfermería.

Ha sido concebido a partir del conocimiento científico y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y servicios, donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

(Ortiz, 2008, pág. sp).

Para esta investigación el proceso lo definimos como un método sistemático para la valoración de los pacientes con alguna patología para promoción y/o prevención, así como para llevar un plan de

salud con intervenciones para el buen funcionamiento del bienestar humano.

1.3 Etapas del proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

Eta**pa 1 valoración:** Como primera etapa nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan, 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.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

Recolección de la información

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal parte de la información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias por que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y bibliografía relevante.

Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validada para estar seguros que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección y “cometer errores al identificar los problemas”. Para la validación de los datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra (o) enfermera (a) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos subjetivos y objetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Registro de la información

Los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación asistencial, formar un registro legal y permanente y ser base para la investigación de enfermería”

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

Para llevar a cabo la valoración del caso clínico presentado en este proyecto de intervención, se procedió a la aplicación de la Guía de Valoración del referente Teórico de Dorothea Elizabeth Orem denominado "Teoría del Déficit de Autocuidado", en el que se exploran los Factores de Condicionamiento Básico de la usuaria, así como, los Requisitos de Autocuidado alterados.

Etapas 2 diagnóstico: Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad, para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

Razonamiento diagnóstico

Es la "aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La/el enfermero (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Validación

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas: 1. ¿La información recolectada del usuario/familia fue suficiente? 2. ¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta? 3. ¿Las deducciones realizadas fueron acertadas? 4. ¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta? 5. ¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la NANDA 6 ¿Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud? 7. ¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó? 8. ¿La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido? Durante la validación, la enfermera(o) debe

consultar al usuario para corroborar que esté 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 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 en los registros de enfermería; sin embargo, todos deben considerar un apartado para que la enfermera(o) documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes).

Orem, señala que la formulación del diagnóstico como un diseño enfermero trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una citación concreta de relaciones ordenadas a unidades de estructura.

En esta fase, según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), considera que los elementos que la integran son: la etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Etapas 3 planeación: Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, Los pasos para realizar la planeación son:

Establecer prioridades

Al concluir la etapa de diagnóstico, se tienen un determinado número de diagnósticos enfermeros y de problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Elaborar 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, al generar numerosas acciones en las enfermeras(os).

Determinar acciones de enfermería

"Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos", y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. 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.

Documentar el plan de cuidados

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

La Nursing Interventions Classification (NIC) considera que las intervenciones o tratamientos se agrupan en los campos fisiológico, conductual, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades.

Los resultados que correlacionan con los cuidados enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC), describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente; derivados de los cuidados proporcionados. Estos tienen una etiqueta, definición y una lista de indicadores para evaluar los resultados (cfr. Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de la NANDA, NOC Y NIC).

Según Dorothea Orem, cumplir los objetivos planteados es muy importante de acuerdo a sus tres teorías ya que habla del déficit d autocuidado cuando el paciente no logra por si solo cumplir cada objetivo planteado y teoría del autocuidado cuando el paciente logra por si solo cumplir con los objetivos planteados.

Etapas 4 ejecución: Es la cuarta etapa del proceso enfermero que consiste en llevar a cabo la práctica en el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos, Los pasos de la ejecución son:

Preparación.

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe: 1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con 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 para 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: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta".

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.

Documentación

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

Una de las subteorías de Orem es la que considera los Sistemas de enfermería, que se activan en el momento de llevar a cabo las intervenciones planteadas y sus actividades y que consideran el grado de independencia del usuario para la ejecución del plan; así pues, el primer sistema es el de educativo de apoyo, el segundo es el sistema parcialmente compensatorio y tercero el sistema parcialmente compensatorio.

En esta fase, la TAXONOMÍA considera que la ejecución, es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. En esta etapa se debe continuar con la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos.

Etapas 5 evaluación:

Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

(Sanchez, 2013, págs. 18-53)

En esta etapa se evalúan los resultados de acuerdo a la escala diana inicial y resultados esperado final para el momento de la evaluación ver si se logró el estado esperado que se propuso y valorar el estado de salud del paciente en el que se encuentra. Por otro lado, Orem expone que la evaluación de logros se hace al identificar si el paciente logró el autocuidado o se mantiene en el déficit de autocuidado, para evaluar su estado de salud y así salir satisfactorio el resultado planteado.



2. Teoría general del déficit de autocuidado de Elizabeth Dorothea Orem.

(1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora

de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guídeles forde veloping curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.

(Margarita Pareda Acosta, 2011).

2.1 Conceptos principales y definiciones:

Auto

El individuo en su totalidad, incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

Cuidado

Todas las actividades que realiza un individuo para conservar su vida y desarrollarse de manera normal.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Demanda de autocuidado

Una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado o ambas, se activa la demanda de autocuidado y se hace necesaria la intervención de enfermería, misma que se ve determinada por los factores condicionantes básico. La intervención implica la valoración de tres aspectos: 1) requisitos de autocuidado universal, 2) requisitos del desarrollo y 3) requisitos de autocuidado en la desviación de salud.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

19

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.
Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado.

Requisitos de autocuidado universal

Los requisitos de autocuidado universal representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento humano.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición (ejemplo: el embarazo) o están asociados a un acontecimiento de la vida (ejemplo: la muerte) y de estos hay dos grupos.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades, pero, además, están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

- a) Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y b) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente a los factores de su entorno.

Actividad de autocuidado

Se define la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para lograr su propio mantenimiento y desarrollo humano.

Actividad de cuidado dependiente

La actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado del paciente.

Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la capacidad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Agencia de enfermería

La agencia de enfermería busca satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, desarrollo o desviación de la salud.

Agencia de autocuidado

Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada y lo mismo lo desarrolla el agente de autocuidado dependiente como el agente de autocuidado.

Agente de autocuidado

El agente de autocuidado es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer entre otros.

Agente de cuidado dependiente

El agente de cuidado dependiente es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo.

Demanda de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado terapéutico en relación con el desarrollo, estructura y función (participación del cuidado).

Actividad enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones y a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

Diseño enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades cooperativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

supuestos para digmáticos

Orem desarrollo su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno.

1.- Persona

Se define como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

2.- Salud

Es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

3.- Entorno

Implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

4.- Enfermería

Se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

(LEQ. Brenda Martinez Avila, MCE. Vanesa Jimenez Arroyo, LEI. Mario Salgado Chavez, 2012).

2.2 Concepto general de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

La teoría de Orem consiste en un conjunto de conceptos interrelacionados. Dicha teoría intenta describir o explicar el fenómeno denominado enfermería.

Dichas teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud/enfermedad.

Dorothea Orem explica el autocuidado como una necesidad humana, cuyo aspecto esencial es atenderse cada persona para lograr su propio beneficio: mantener la vida o recuperar la salud.

El rol de la enfermería es influir en las personas en el logro del autocuidado evitando interferencia de personas, objetos o circunstancias.

CLASIFICACION

Su teoría se clasifica en tres sub teorías:

Teoría de autocuidado.

Teoría del déficit de autocuidado

Teoría de los sistemas de enfermería.

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar acabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de las personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. la teoría de autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan, el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de otro.

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Los factores condicionantes básicos hacen referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Los requisitos de autocuidado universal representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento humano. En total son ocho:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
4. provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de deshechos, incluidos los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Se clasifican en dos grupos:

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración, y previenen efectos negativos.

- Vida intrauterina
- Vida neonatal: parto a término/prematuro
- Lactancia
- Infancia, adolescencia y adulto joven
- Adulto
- Embarazo.

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

- Privación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida del trabajo

- Cambio súbito en las condiciones de vida
- Cambio de posición social o económica
- Mala salud, condicione de vida o incapacidad, enfermedad terminal
- Muerte
- Peligros ambientales

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACION DE LA SALUD

ENFERMERIA

- Apoya procesos vitales y esenciales
- Mantiene la estructura y funcionamiento humano
- Desarrolla su potencial
- Previene lesiones
- Cura o regula la enfermedad por sí mismo
- Cura o regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.

TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También tiene limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que se expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La teoría de los sistemas de enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impide comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la enfermería

SISTEMA COMPLETAMENTE COMPENSATORIO.

ACCION DE LA ENFERMERA.

- Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
- Compensa la incapacidad del paciente de realizar el autocuidado.
- Apoya y protege al paciente.

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO.

ACCION DE LA ENFERMERA.

- Aplica ciertas medidas de autocuidado al paciente.
- Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente.
- Ayuda al paciente si es necesario.

ACCION DEL PACIENTE.

- Realiza ciertas medidas de autocuidado.
- Regula la actividad de autocuidado.

- Acepta cuidados y asistencia de la enfermera.

SISTEMA EDUCATIVO DE APOYO.

ACCION DE LA ENFERMERA.

- Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.

ACCIÓN DEL PACIENTE.

- Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.
- Consigue el autocuidado.

METODOS DE AYUDA

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se llevan a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con sus necesidades de acción de las personas que reciben su tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar o dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.

(Martha Raile Alligood- Ann Marriner Tomey, 2007)

DIAGRAMA DE LAS TEORIAS.

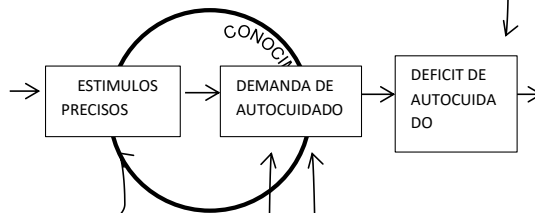
FACTORES CONDICIONANTES BASICOS.

EDAD
GENERO
ESTADO DEL DESARROLLO
ESTADO DE SALUD
SISTEMA DE SALUD
SISTEMA DE FAMILIA
PATRONES DE VIDA

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO

TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERIA



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1 UNIVERSALES: Mantener una suficiente entrada de aire. Mantener una suficiente entrada de agua. Mantener una suficiente entrada de Alimento.

Eliminación y excretas. Actividad y descanso. Soledad e interacción social. Prevención de peligros. Promoción del funcionamiento humano.

2 DE DESARROLLO:

Fetal
Neonatal
Infancia
Niñez
Adolescencia
Adulto
Embarazo

3 DESVIACION DE LA SALUD: Defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas. estructurales y funcionales. con sus

DEMANDA TERAPEUTICA DE AUTOCUIDADO.

CUIDADO INDEPENDIENTE

AGENTE DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE

AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE.

SISTEMAS DE ENFERMERIA:

- 1 APOYO EDUCATIVO
- 2 PARCIALMENTE COMPENSATORIO
- 3 TOTALMENTE COMPENSATORIO

MÉTODOS DE AYUDA:

ACTUAR O HACER PARA OTROS.
APOYAR A OTROS.

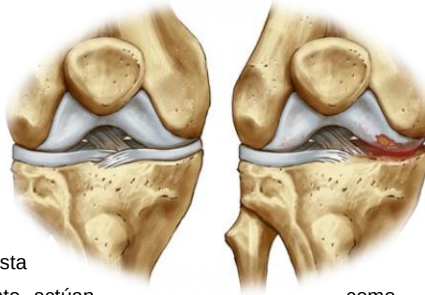
PROPORCIONAR UN AMBIENTE

ÁPLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO
LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

3. lesión de menisco

3.1 Definición

El menisco es un fibrocartílago que tiene aspecto de medialuna y espesor del tipo manguante que se encuentra en el sistema articular de la rodilla. Su función es lograr la adaptación de los huesos de esta articulación, facilitando su juego. Los meniscos, por lo tanto, actúan como



como

(Julian Perez Porto y Ana Gardey, 2012)

Para el Dr. Roberto Palacio los meniscos son dos almohadillas de consistencia gomosa, formadas por una sustancia llamada fibrocartílago, que se sitúan entre el cartílago del hueso del fémur y el de la tibia. El menisco situado hacia fuera de la rodilla se llama menisco externo y el contrario menisco interno o medial, su función es amortiguar el choque entre estos cartílagos y aumentar su congruencia, ya que la forma del cartílago tibial no se corresponde exactamente a la del femoral. De esta manera se distribuyen mejor las cargas y se estabiliza de manera más eficaz la rodilla.

(Dr. Roberto Palacio Gonzales, 2018)

El menisco es un disco de cartílago de la articulación de la rodilla de forma media luna. En cada rodilla hay un menisco interno y otro externo. Estos están situados entre la cabeza de la tibia y la parte inferior del fémur. Los meniscos proporcionan una combinación perfecta en la articulación de la rodilla para que las superficies de las articulaciones del fémur y la tibia encajen a pesar de su forma diferente. Junto con el cartílago de las superficies de las articulaciones, los meniscos compensan las superficies irregulares. Para ello, los meniscos absorben aproximadamente un tercio del peso y lo dividen en partes iguales sobre la articulación de la rodilla. Ejercen de distribuidores del peso, de frenos, de amortiguadores y estabilizadores.

En si la rotura del menisco es una lesión en los discos o el disco del cartílago de la rodilla. La rotura de un menisco cabe mencionar que se puede producir como consecuencia de un trauma, por ejemplo, un accidente, por un desgaste del tejido cartilaginoso o también por una combinación de los dos. Estas

roturas se dividen según la localización que pueden ser tercio del menisco anterior, medio o posterior, o su forma vertical, transversal, en asa de cubo o lobular.

3.2 Causas de las lesiones de menisco

Las causas de la rotura de menisco suelen ser lesiones o daños que se producen debido al desgaste.

Las malformaciones congénitas de los discos de cartílago (por ejemplo, el menisco discorde) también pueden ser la causa de una rotura de menisco.

La combinación de la tensión y la rotación producen fuerzas de cizallamiento en las articulaciones. Estas conducen a menudo a una combinación de rotura de menisco y rotura de ligamentos.

Para la Dra. Laura Osuna la edad es importante ya que el menisco se torna frágil y pierde resistencia. A lo largo de los años se van formando finos huecos (fisuras) que pueden desencadenar en una rotura si se les somete a cargas continuas. Este tipo de desgaste y roturas de menisco pueden aparecer ya a edades tempranas, por ejemplo, si se somete a esfuerzos por actividades que le exigen estar de rodillas durante mucho tiempo.

(Dra. Diana Osuna, 2016)

3.3 Factores de riesgo en las lesiones de menisco

El riesgo de una lesión aumenta a medida que las personas envejecen, debido a los años de desgaste en las rodillas.

Cualquier persona que realiza actividades que implican torsión y giros agresivos de la rodilla está en riesgo de una lesión de meniscos.

El riesgo es especialmente alto para los atletas, especialmente aquellos que practican deportes como, el fútbol americano, tenis o baloncesto

(Dr. Rogelio Santos, 2015)



Los principales factores son

Hereditario

Malas posiciones

Obesidad

Sedentarismo.

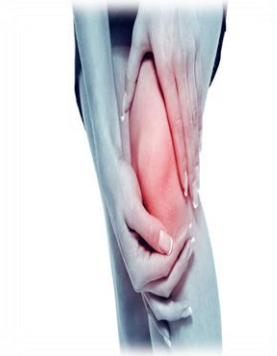
Edad.

(Juan Carlos Dominguez Arcilla, 2014)

Signos y síntomas

- ✚ Dolor intenso y repentino.
- ✚ Derrame de líquido sinovial.
- ✚ Edema.
- ✚ Sensación de inestabilidad de la articulación.
- ✚ Chasquido audible.
- ✚ Bloqueo de la rodilla.

(Dr. Roberto Junquera fisioterapeuta, s.f.)



3.4 Tipos de lesiones de menisco

LESIONES DEGENERATIVAS: Estas suelen ser por la edad o micro traumatismos que suceden a lo largo de los años (desgarros degenerativos).

LESIONES TRAUMATICAS: Este tipo de lesiones ocasionan desgarros o roturas meniscales, tras grandes torceduras (desgarros circunferenciales y pediculares; y roturas longitudinales y transversales).

LESIONES MECANICAS: Este tipo de lesión puede ocurrir cuando el complejo articular de la rodilla presenta un mal funcionamiento (como unos meniscos anormales, hiperextensión, Angulo Q aumentado).

Una de las lesiones más comunes de las rodillas es la rotura de meniscos. Esta es una lesión que sucede en todas las poblaciones, pero con más frecuencia en adultos y deportistas.

(Dr. Gonzalo Samitier, s.f.)

Otro tipo de lesiones para el Dr. Domingo Delgado son:

LESIONES INESTABLES: Es una rotura inestable se desprende un fragmento de menisco que se interpone en la articulación (en el espacio entre el fémur y la tibia) y provoca bloqueo en la rodilla, imposibilidad de extender o flexionar la articulación y derrame sinovial. Una de las roturas inestables más frecuentes es la rotura en asa de cubo (una rotura longitudinal que se extiende a lo largo del borde del menisco).

LESIONES DE ROTURA EN HOJA DE LIBRO: Son roturas que se producen en paralelo a la superficie del menisco, horizontales, por lo que el menisco lesionado queda dividido en dos fragmentos: superior e inferior.

LESIONES DEGENERATIVAS: Con el paso de los años, los meniscos se deterioran, van perdiendo parte de su elasticidad y de su grosor y resultan progresivamente más frágiles y menos flexibles. Es por este motivo que las roturas degenerativas suelen ser mucho más frecuentes en personas mayores.

(Dr. Domingo Delgado, 2016)

3.5 Tratamiento

Lo primero que se debe hacer es un examen clínico por un especialista (fisioterapeuta o traumatólogo), se analizara la historia, los signos y síntomas. Un diagnóstico correcto es necesario para decidir cuál es el tratamiento más adecuado.

Si procede, pedirá la confirmación de su diagnóstico mediante una resonancia magnética, que en este caso es la prueba más precisa, ya que también puede mostrar los tejidos blandos, mientras que los rayos-X muestran solo los huesos.

Para el diagnóstico diferencial también se consideran las fracturas, las enfermedades del cartílago articular, calcificaciones, quistes meniscales y los tumores.

(Ftp. Mikel Junquera, s.f.)

La artroscopia Es un método mínimamente invasivo para diagnosticar y tratar problemas articulares. Es el método más comúnmente usado en los problemas de meniscos. Tiene como ventaja que la cicatriz es pequeña y el post-operatorio es menos doloroso.

En la artroscopia se utiliza una cámara y un instrumental motorizado diminuto. Estos instrumentos pueden meterse por dos incisiones a cada lado del tendón rotuliano, no mayores de 1 centímetro.

(Dr. Juan Carlos Albornoz, s.f.)

El tratamiento inicial se debe inmovilizar inmediatamente para aliviar transporte hasta un centro hospitalario donde se retire la inmovilización y sea examinado completamente el paciente.



33

En el tratamiento terapéutico los objetivos de la rehabilitación es la recuperación de la fuerza muscular, la elasticidad de la rodilla, la coordinación y el equilibrio.

En cualquier caso, la fase inicial consiste en contracciones isométricas de los cuádriceps y los tendones, la movilización y el reforzamiento de otras articulaciones de las extremidades inferiores, es decir, el tobillo y la cadera, la movilización de la rodilla a medida que sea posible.

También se puede realizar la movilización pasiva de la rótula, el cuádriceps y los masajes.

(Ftp. Mikel Junquera, s.f.)

El tratamiento quirúrgico es el definitivo ya que es el de elección en los desgarros establecidos del menisco. El tratamiento no quirúrgico se indica cuando la lesión es periférica y en los pacientes vistos inmediatamente después del accidente inicial.

No se debe operar de urgencia. El diagnóstico debe ser establecido por el examen clínico y las investigaciones complementarias, y debe ser preciso. Debe realizarse una rehabilitación preoperatoria de los cuádriceps, y examinar nuevamente la rodilla, con anestesia.

(Dr. Alvares Cambras y Rodrigo , 2018)

Las complicaciones a corto plazo puede haber una infección, hematoma dolor y complicaciones sistémicas debido a la inmovilidad.

En mediano plazo se puede producir: necrosis del cóndilo femoral o la meseta tibial, la limitación del movimiento (amplitud de movimiento) y la distorsión.

(Ftp. Mikel Junquera, s.f.)

3.6 Prevencion

En las actividades diarias que requieran estar mucho tiempo sentado es importante intentar cambiar de posición muy a menudo. Ante una lesión en el menisco, es aconsejable disminuir el sobrepeso.



PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUA

La rotura de menisco puede prevenirse si se evitan determinados movimientos como ponerse en cuclillas bruscamente o los deportes que sobrecargan las articulaciones.

(Dra. Laura Osuna, 2016)

Un ligamento no es reforzable la mejor prevención frente a una rotura de menisco es trabajar específicamente la musculatura del muslo (cuádriceps e isquios) y los gemelos.

El primer estabilizador de la rodilla es la musculatura que la abraza. Si falla por agotamiento o falta de entrenamiento el menisco se queda solo para proteger la rodilla y es mucho más fácil que termine por producirse una rotura.

Los programas de estimulación del mecano receptores (los trabajos de propiocepción) ayudan a que la respuesta automática de la musculatura sea más rápida y eficaz. Tan importante como entrenar la musculatura es entrenar los mecanismos propioceptivos de respuesta refleja.

(Dr. Vicente De La Varga, 2017)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: LESIÓN DE MENISCO.

CONCEPTO: La lesión de menisco son lesiones o daños que se producen debido al desgaste de la articulación.

PERIODO PREPATOGENICO.

HUESPED: Personas mayores de 60 años, deportistas de alto rendimiento, y personas con sobrepeso.

AGENTE: Desgaste de la articulación, edad, deporte físico en exceso.

MEDIO AMBIENTE: La combinación de la tensión y rotación, producen fuerzas de cizallamiento en la articulación.



PERIODO PATOGENICO.

MUERTE:

SECUELAS:

signos de flebitis, artrosis.

COMPLICACIONES: hemartrosis, infecciones agudas, sinovitis posquirúrgica y dehiscencia de la herida.

S y S ESPECIFICOS: dolor intenso y repentino, fiebre elevada, derrame de líquido sinovial, edema, chasquido audible y bloque de la rodilla.

S y S INESPECIFICOS: dolor, edema, sensación de inestabilidad.

HORIZONTE CLINICO:

Los meniscos son dos almohadillas de consistencia gomosa, formadas por una sustancia llamada fibrocartilago

PREVENCION PRIMARIA.

PREVENCION SECUNDARIA

PREVENCION TERCARIA.

PROMOCION ALA SALUD.

PROTECCION ESPECIFICA.

DIAGNOSTICO PRECOZ

TRATAMIENTO OPORTUNO.

LIMITACION DEL DAÑO.

REHABILITACION.

Orientación sobre:
La importancia del ejercicio diario y de forma moderada.
Mejoramiento de la dieta saludable y equilibrada.
Chequeo cada mes con su médico familiar.

Dieta saludable y equilibrada para el mejoramiento de su salud.
Programas para la reducción del peso.
Actividad física.

Características de la ruptura meniscal.
Cronicidad de los síntomas
Condiciones clínicas del paciente.
Radiología en proyecciones anteroposterior y lateral simple con apoyo.

Calmar el dolor.
Reposo absoluto.
Tratamiento no quirúrgico: controlar el dolor y disminuir la inflamación, incluye modificación en la actividad cotidiana.
Tratamiento quirúrgico
Procedimiento quirúrgico

Ajustar la dieta variada y equilibrada.
Fomentar la importancia del ejercicio.
Importancia del tratamiento adecuado.

Consiste en potenciar y aumentar los rangos de movimiento en la extremidad lesionada, por medio de ejercicios de tipos isométricos e isotónicos, focalizando la propioceptividad de la articulación.

METODOLOGIA

Este proceso de enfermería se fue realizando a base d investigaciones científicas de acuerdo a la patología que manifiesta la usuaria correspondiente, se realizaron diez diagnósticos basados en NANDA 2017 así como sus intervenciones correspondientes basadas en un fundamento científico para poder llevarlas a cabo mediante los cuidados correspondientes por el personal de enfermería, posteriormente se le dio orientación a los familiares para que estos a su vez realizaran algunos procedimientos todo con la finalidad de la mejora de su salud, se realizaron varias visitas domiciliarias para poner en marcha el proceso diseñado e ir evaluando los resultados esperados.

Caso clínico

ETAPA 1. Valoración de Enfermería.

M.T.R.T femenina de 78 años de edad, ama de casa, casada, madre, dependencia económica de sus hijos, con escolaridad de primaria, es derecho habiente del ISSSTE, originaria de Santanamaya municipio de Morelia Michoacán. su nivel de desarrollo físico es acorde al cronológico, habita casa propia tipo rural que cuenta con todos los servicios.

La zona donde vive es rural, las calles aledañas algunas cuentan con pavimentación, pero la gran mayoría no tienen ese servicio, cuentan con alumbrado público y tienen abundante vegetación, es una zona tranquila con clima agradable.

Ginecológicamente tuvo 10 gestas, partos normales, refiere hacerse Papanicolaou periódicamente, cuenta con su esquema de vacunación y acude a sus citas médicas cada mes.

Físicamente cuenta con sobrepeso moderado, no realiza ninguna actividad física, la mayor parte del tiempo se la pasa sentada, su alimentación es a base de pastas; por la mañana acostumbra a desayunar huevo casi todos los días, no consume leche, ingiere muy poca agua y realiza 2 comidas al día.

Manifiesta tener problemas para la eliminación intestinal realizando 3 evacuaciones por semana en poca cantidad de consistencia dura.

Sus hábitos higiénicos son buenos, baño cada tercer día con cambio de ropa diario, tiene aseo dental ya que usa placa dental extraíble.

Hace 2 días presenta mucho dolor, hinchazón del miembro inferior derecho, sensibilidad y molestia a la palpación de la rodilla, calor al tacto. Ahorita se encuentra en el servicio de medicina interna, preparándose para una cirugía de menisco, la paciente se encuentra consiente tranquila, orientada e hidratada de piel y mucosas, un poco rosadas las mejillas.

Se le realizo cirugía de artroscopia , fue favorable el resultado, posteriormente se queda internada para observación y tratamiento a seguir.

37

Los signos que presenta son:

Tem 38.6 °C FC 80 X F.R 22 X T/A 100/ 70 mmHg Glucosa 96

Dx medico: lesión de menisco

Indicaciones médicas: dieta blanda, reposo del miembro inferior derecho se le indica medicamento Sol. Fisiológica de 1000 ml para 12 horas Ceftriaxona 1gr cada 12 hrs I.V, Ketorolaco cada 8hrs I.V, Omeprazol cada 12 hrs.

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL POST_ OPERATORIO.

Se le realizó valoración postoperatoria en casa ante la cual la usuaria se encontró estable con una Frecuencia Respiratoria de 20 X', un llenado capilar rápido en 3 segundos una Presión Arterial de 100/60 mmhg, una Frecuencia Cardíaca de 80 X', una temperatura corporal de 36° C y con presencia de dolor de intensidad leve en el miembro post operado.

Se realizaron curaciones diarias en la herida de la usuaria con jabón quirúrgico, isodine y solución fisiológica, posteriormente se colocó una gasa estéril y no manifestó alguna drenación, este cuidado se le dio por 8 días, así como la colocación de un vendaje de compresión suave y se mantuvo en reposo absoluto.

A los 8 días posteriores se retiran suturas de la herida e iniciamos las terapias de rehabilitación física para promover la movilidad adecuada, cabe mencionar que la usuaria tiene buena disponibilidad.

CONSIDERACIONES ETICAS

Los aspectos legales en materia de investigación son de gran importancia para que el profesional del área de la salud, en este caso los Enfermeros realicen investigación con la finalidad de innovar procedimientos o mejorar, con el único objetivo primordial que es el cuidado hacia los pacientes.

La principal ley que se tiene que conocer es la Ley general de salud promulgada el día 9 de Julio de 1977 y su actualización fue en el 2002, que actualmente sigue vigente.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

CAPITULO UNICO

ARTICULO 1o.- Este Ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los

38

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTICULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

(Guillermo Soberon Acebedo, 1986)

Así como también es importante que al paciente que se le quiere realizar, se le haga llegar un consentimiento informado y este a su vez esté firmado.

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

(Centro de conocimiento bioetico, 2015)

PLAN DE INTERVENCIÓN

ETAPA 2: RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO.

DATOS SIGNIFICATIVOS	ANALISIS DEDUCTIVO	PROBLEMA P	E Etiología	CARACTERISTICAS S
La usuaria dice por ella misma que le duele mucho su pierna.	Dominio: 12 confort Clase:1 confort físico Requisito: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	1.-00132 Dolor agudo	Relacionado con agentes lesivos biológicos.	Manifestado por conducta expresiva, postura para evitar el dolor y observación de evidencias de dolor.
Es notorio la dificultad que presenta para mover su pie.	Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 2 actividad y ejercicio Requisito: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	2.- 00085. Deterioro de la movilidad física	Relacionado con deterioro musculo esquelético, disminución de la fuerza muscular.	Manifestado por alteración de la marcha, dificultad para girarse y enlentecimiento del movimiento.
La usuaria expresa sentir temor, angustia y preocupación por su estado de salud y posteriores procedimientos.	Dominio: 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés. Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Requisito: Equilibrio entre la soledad y la comunicación social	3.-00148 Temor	Relacionado con respuesta innata a los estímulos.	Manifestado por intranquilidad, tensión muscular y reducción en la seguridad en sí mismo.
Se le realizo cirugía de su pierna, presentó una herida de 5cm.	Dominio: 11 seguridad y protección. Clase:2 lesión física Requisito: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	4.-00044. Deterioro de la integridad tisular	Relacionado con procedimiento quirúrgico.	Manifestado por daño tisular.
No se puede mover le cuesta mucho trasladarse de su cama al sillón, para ir al baño.	Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 2 actividad y ejercicio Requisito: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	5.- 00090.Deterioro de la habilidad para la traslación.	Relacionado con deterioro musculo esquelético.	Manifestado por deterior de la capacidad para levantarse de la cama, deterioro de la capacidad para trasladarse desde o hasta el inodoro y deterioro de la capacidad para entrar o salir de la bañera.
La usuaria por el problema y el dolor que le causa presenta dificultad para por ella misma bañarse.	Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 5 autocuidado Requisito: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano	6.-00108. Déficit de autocuidado: baño	Relacionado con deterioro musculo esquelético.	Manifestado por deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño, deterioro para lavarse el cuerpo, deterioro de la capacidad para secarse el cuerpo.

La paciente es adulto mayor, de 76 años de edad, post-operada de artroscopia de rodilla derecha -----, con dolor a la deambulaci3n y muestra poca fuerza muscular.	Dominio: 11 seguridad y protecci3n Clase: 2 lesi3n f3sica Requisito: Prevenci3n de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	7.-00155. Riesgo de ca3das	Relacionado con edad, mayor de 65 a3os, deterioro de la movilidad.	
Presenta una herida quir3rgica de 5 cm en miembro post-operado. es un riesgo que se puede infectar .	Dominio: 11 seguridad y protecci3n Clase: 1 infecci3n Requisito: Prevenci3n de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	8.-00004 Riesgo de infecci3n.	Relacionado con alteraci3n de la integridad cut3nea y procedimiento invasivo.	
La paciente no se mueve por lo que manifiesta tener problemas para hacer del ba3o.	Dominio: 3 eliminaci3n e intercambio Clase: 1 funci3n gastrointestinal Requisito: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	9.- 00011. Estre3imiento	Relacionado con h3bitos diet3ticos inadecuados.	Manifestado por disminuci3n de la frecuencia de defecar, heces duras, formadas y esfuerzos excesivos en la defecaci3n.
La alimentaci3n de la paciente no es saludable por lo que se encuentra en par3metros considerados de obesidad.	Dominio: 2 Nutrici3n Clase:1 Ingesta Requisito: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	10.- 00232 Obesidad.	Relacionado con dificultades econ3micas.	Manifestado por adulto, 3ndice de masa corporal mayor a 30kg.

ETAPA 3. PLANEACIÓN, 4. EJECUCION Y 5. EVALUACION

Diagnósticos de Enfermería 1

(000132) Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos M/P conducta expresiva, postura para evitar el dolor y observación de evidencias de dolor.

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 confort físico

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de intervención:

Criterio de resultado: (2102) NIVEL DE DOLOR (NOC) Pág. 551

Definición: Intensidad de dolor referido o manifestado.

Dominio: Salud percibida

Clase: Sintomatología

Destinatario de cuidados

Escala (s): grave a ninguno.

Puntuación diana del resultado: mantener a: 5 aumentar a: 9

Código	Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
210901	Dolor	1				
210906	Estrés		2			
210907	Miedo		2			

Agente de autocuidado: independiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y Apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): 1400-MANEJO DEL DOLOR. PP. 569

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO
✚ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características,	✚ El dolor es una experiencia subjetiva y el paciente debe describirlo para planificar el

aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	tratamiento eficaz.
✚ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	✚ Se deben reducir o eliminar los factores que precipitan o aumentan el dolor, para mejorar el programa global del tratamiento.
✚ Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta al dolor.	✚ El alivio óptimo del dolor con analgésicos consiste en determinar la vía, el fármaco, la posología y la frecuencia preferida en cada caso.
✚ Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.	✚ En los intervalos entre dosis, se ofrecerán al paciente medicamentos prescritos según necesidades.
✚ Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.	✚ Los giros en la cama y la ambulación mejoraran si el dolor está controlado o es tolerable, antes de la actividad se evaluará el nivel de sedación para comprobar que se han aplicado las precauciones de seguridad necesarias.
(Kozier y Erb, 2013)	

Ejecución Se le realiza una valoración y exploración física integral a la usuaria, con énfasis en el dolor que refiere y que incluye la localización, características, duración e intensidad y factores desencadenantes, se le ministra el régimen terapéutico indicado (analgésicos orales) para evitar el dolor agudo que se presenta, así como la utilización de estrategias de comunicación terapéuticas para que la usuaria reconociera la experiencia del dolor, y se le apoya para que la usuaria reconozca los factores que pueden aliviar o agudizar el dolor en ella misma.

Código	Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
210901	Dolor				4	
210906	Estrés				4	
210907	Miedo			3		

Evaluación Con los cuidados empleados disminuyó la molestia de dolor, mostrando un estado de ánimo eutímico, la comunicación terapéutica y la relación de confianza y de apoyo que se construyó, ayudo para disminuir el estrés y el miedo, ya que permitió la expresión de sentimientos y emociones y retroalimentar a través de terapia de apoyo dirigidas tanto a la usuaria como a la Familia y que permitió el logro del objetivo. No obstante, el estrés y el miedo es parte intrínseca del propio proceso patológico por el que cursa la usuaria.

Diagnósticos de Enfermería 2

(00085) Deterioro de la movilidad física R/C deterioro musculo esquelético, disminución de la fuerza muscular M/P alteración en la marcha, dificultad para girarse y enlentecimiento del movimiento.

Dominio: 4 actividad / reposo.

Clase: 2 actividad / ejercicio.

Requisito de autocuidado universal: Equilibrio entre actividades y descanso.

Plan de intervención

Criterio de resultado: (2102) NIVEL DE MALESTAR (NOC) Pág. 430

Definición: Gravedad del malestar físico o mental, observado o escrito.

Dominio: Salud percibida

Clase: Sintomatología

Destinatario de cuidados

Escala (s) grave a ninguno.

Puntuación diana del resultado: mantener a: 4 aumentar a: 15

Código	Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
210901	Dolor	1				
210906	Estrés		2			
210907	Miedo	1				

Agente de autocuidado: agente de autocuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): ENSEÑANZA PROCESO ENFERMEDAD.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTIFICO
✚ Describir los signos y síntomas de la enfermedad según corresponda. ✚ Proporcionar información al	✚ La enfermedad puede describirse como una alteración de las funciones orgánicas debido a una reducción de las capacidades.

paciente acerca de la enfermedad. - Identificar cambios en el estado físico. - Proporcionar información acerca de las medidas del diagnóstico - Comentar las acciones acerca de terapia _ tratamiento. - Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente, relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Describir el proceso de enfermedad.	- Tradicionalmente el objetivo de las intervenciones de los profesionales de la atención primaria era eliminar o aliviar los procesos de la enfermedad. - La causa de una enfermedad se denomina etiología. La descripción de la etiología de una enfermedad incluye la identificación de todos los factores causales que intervienen en la producción de una enfermedad concreta. (Kozier y Erb, 2013)
--	---

Método (s) ayuda:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (0226) TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR. Pág. 414

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO
- Colaborar con fisioterapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios según corresponda. - Determinar la posición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades y ejercicios. - Explicar el fundamento de tipo de ejercicios y protocolo al paciente. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio.	- El paciente necesitara un abordaje multidisciplinar para su curación. Cada miembro contribuye desde su área de pericia. Los estudios avalan la eficacia de un plan de ejercicios adaptado al paciente. Hay factores como tener un compañero de ejercicios, usar música y el tipo de actividad que motivan al paciente y mejoran la adherencia al plan a lo largo del tiempo. - Si el paciente entiende que la justificación es mantener la actividad, puede hacer elecciones correctas. - Los recordatorios aplicables en cada caso ayudan al paciente a recordar que debe hacer a continuación.

(Kozier y Erb, 2013)

Ejecución Primero que nada, se le explica el proceso de la enfermedad a la usuaria y a los familiares posteriormente se implementan los cuidados de Enfermería correspondientes el apoyo es educativo, orientando al usuario sobre la sintomatología presentada, así como diferenciar los cambios del estado físico de la propia patología, la paciente logra tener el conocimiento y coopera en la terapia de rehabilitación física que se brinda para la recuperación total de su rodilla.

Código	Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
210901	Dolor			3		
210906	Estrés			3		
210907	Miedo				4	

Evaluación: Al término de las intervenciones la puntuación diana aumento a 10 puntos lo que refiere que la usuaria ha entendido el proceso de su enfermedad logrando el resultado esperado.

Diagnósticos de enfermería 3

(00148) Temor R/C respuesta innata a los estímulos M/P intranquilidad, tensión muscular y reducción de la seguridad en sí mismo. Pág. 348

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento.

Requisito de autocuidado universal: Equilibrio entre soledad y la comunicación social.

Plan de intervención

Criterio de resultado (NOC): (1404) AUTOCONTROL DE MIEDO. PAG. 123

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Escala (s): de nunca demostrado hasta siempre demostrado:

Código	Indicadores	Nunca demostra	Raramente	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
--------	-------------	-------------------	-----------	--------------------------	------------------------------	-----------------------

48

		do	demostra do.			
140404	Evita fuentes de miedo cuando es posible					5
140409	Refiere aumento de la duración entre episodios				4	
140414	Mantiene el funcionamiento físico			3		
140403	Busca información para reducir el miedo			3		

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 15 Disminuir a: 4

Agente de autocuidado: dependiente

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (5270) APOYO EMOCIONAL PAG.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.	- La armonía entre la inteligencia, voluntad y sentimientos del ser humano, realidad biológica natural y cultural le confieren actitudes, creencias y opiniones para lograr equilibrio en la vida, distinción entre lo bueno y lo malo elección de opciones y experiencias y conocer su grandeza y trascendencia. - Charlar con el paciente resolviendo todas las dudas que tenga para demostrarle apoyo en todo momento de la intervención quirúrgica y así se sienta seguro. - Las técnicas terapéuticas para transformar sentimientos en primeros auxilios psicológicos y terapia de crisis tienen como objetivo principal controlar la ansiedad y funcionamiento corporal y enfrentar al individuo a crisis y

	situaciones nuevas o resolutivas. (Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gomez, 2004)
--	---

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (4640) AYUDA PARA EL CONTROL: ENFADO
PAG.113

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
✚ Establecer una compenetración y relación de confianza básicas en el paciente. ✚ Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente.	✚ Determinar expectativas adecuadas de la conducta del paciente. ✚ Limitar las situaciones estresantes hasta que el sujeto pueda expresar su enfado de forma no violenta. ✚ Animar al paciente a que busque ayuda de los profesionales cuando note el aumento de la tensión interna. ✚ Ayudar a planificar estrategias para que controle el enfado. ✚ Instruir en medidas que proporcionen calma, técnicas de relajación, respiración etc. ✚ Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado, como afirmación, expresión de sentimientos. ✚ Proporcionar modelos que expresen el enfado de forma adecuada. (Joana Fornes Vives)

Ejecución Se habla con la paciente sobre las emociones que presenta se le explica que todo es pasajero y que pronto estará mejor para poder hacer lo que le gusta, así como la ayuda que recibirá tanto de la parte del personal de salud como de la familia, logrando así se quede más tranquila y con una mentalidad más segura y disminuyendo la ansiedad, así mismo ver más allá de comportamientos adecuados para evitar el enfado y enfocarse más en actividades de terapia para así lograr su recuperación más pronta y evitar el enfado en la usuaria.

Código	Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado.	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
--------	-------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------	--------------------

PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

140404	Evita fuentes de miedo cuando es posible		2			
140409	Refiere aumento de la duración entre episodios	1				
140414	Mantiene el funcionamiento físico		2			
140403	Busca información para reducir el miedo		2			

Evaluación Se obtuvo una mejora en el estado de temerosidad por parte de la usuaria, afrontando factores de miedo o angustia, logrando disminuir los factores que causaban temor y así mismo logrando el resultado esperado.

Diagnóstico de enfermería 4

(00044) Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento quirúrgico M/P daño tisular pág. 338

Domino: 11 seguridad/protección.

Clase: 2 lesión física.

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de intervención

Criterio de resultado (NOC): (1101) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS. PAG. 400

Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y membranas mucosas.

Escala (s): Gravemente comprometido a no comprometido.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 4 Aumentar a: 9

Código	Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No Comprometido.
110101	Temperatura de la piel		2			

110102	Sensibilidad	1				
110113	Integridad de la piel	1				

Agente de autocuidado: dependiente.

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES
PAG. 386.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
✚ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada ✚ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ✚ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se a prescrito. ✚ Utilizar los antibióticos con sensatez. ✚ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional. ✚ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. ✚ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.	✚ El control eficaz de las enfermedades infecciosas es una responsabilidad internacional, nacional, comunitaria e individual. ✚ La asepsia es la falta de microorganismos que causan enfermedades. ✚ Las prácticas asépticas médicas limitan el número, crecimiento y transmisión de los microorganismos. ✚ Las prácticas de asepsia quirúrgica mantienen una zona u objeto libres de cualquier microorganismo. (Kozier y Erb, 2013)

Ejecución se trabaja en la enseñanza para identificar los signos y síntomas sobre la infección sistémica y localizada, así como a tomar los antibióticos tal como está en la identificación médica y enseñándole la importancia de tomarlos para así evitar el riesgo de alguna infección, así como la importancia de la limpieza en la herida quirúrgica mostrándole como realizar las curaciones diarias adecuadas. Logrando así una recuperación exitosa sin riesgo de infección y manteniendo el área limpia y en buen estado.

Código	Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No Comprometido.
110101	Temperatura de la piel			3		

110102	Sensibilidad		2			
110113	Integridad de la piel			3		

Evaluación: La usuaria ha mostrado mejoría postquirúrgica, no compromete datos de riesgo de infección en la herida la cual se encuentra de buena coloración, sin observación de calor al tacto ni expulsión de secreción, lo que conlleva a tener una buena recuperación quirúrgica se logró el aumento de la puntuación diana, logrando así el resultado deseado.

Diagnóstico de Enfermería 5

(00090) Deterioro de la habilidad para la traslación R/C deterioro musculo esquelético M/P deterioro de la capacidad para levantarse de la cama, deterioro de la capacidad trasladarse desde o hasta el inodoro, deterioro de la capacidad para entrar o salir de la bañera. Pag.215

Dominio: 4 actividad/reposo.

Clase: 2 actividad/ejercicio.

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligro para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de intervención

Criterio de resultado: (0217) MANTENIMIENTO ARTICULAR: RODILLA Pag.414

Definición: Rango de la movilidad activa de la rodilla con movimiento iniciado en uno mismo.

Dominio: salud funcional.

Clase: movilidad.

Destinatario de cuidado:

Escala (s): desviación grave del rango normal a sin desviación del rango.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a:12

Código	Indicadores	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango
021701	Extensión de 0°		2			

021702	Flexión de 130°	1				
021703	Hiperextensión de 15°		2			

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: (NIC): (0140) FOMENTAR LA MECANICA CORPORAL. Pág. 230

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
- Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento. - Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. - Determinar la compresión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales. - Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.	- Proporcionar los dispositivos de asistencia necesarios para la movilidad y transferencia, siempre que sea posible y enseñar técnicas seguras de transferencia y ambulación. - Comentar las medidas de seguridad para evitar caídas (p. ej., bloquear la silla de ruedas, usar calzado apropiado, usar puntas de goma en las muletas, mantener un entorno seguro y usar ayudas mecánicas como un asiento más alto en el inodoro, barras de agarre, orinal o cuña para facilitar el aseo personal). - Enseñar el uso correcto de la mecánica corporal, especialmente en aquellos momentos en que no se utilicen dispositivos de asistencia. - Enseñar la prevención de la hipotensión postural. (Kozier y Erb, 2013)

Método (s) de Ayuda:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (0226) TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR. Pág. 414

--	--

INTERVECIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO
- Colaborar con fisioterapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios según corresponda. - Determinar la posición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades y ejercicios. - Explicar el fundamento de tipo de ejercicios y protocolo al paciente. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio.	- El paciente necesitara un abordaje multidisciplinar para su curación. Cada miembro contribuye desde su área de pericia. Los estudios avalan la eficacia de un plan de ejercicios adaptado al paciente. Hay factores como tener un compañero de ejercicios, usar música y el tipo de actividad que motivan al paciente y mejoran la adherencia al plan a lo largo del tiempo. - Si el paciente entiende que la justificación es mantener la actividad, puede hacer elecciones correctas. - Los recordatorios aplicables en cada caso ayudan al paciente a recordar que debe hacer a continuación. (Kozier y Erb, 2013)

Ejecución Se explica a la usuaria acerca de los movimientos terapéuticos necesarios para la traslación evitando lesiones adversas y así lograr tener seguridad en ella misma y ser independiente. Se cumple el objetivo de enseñar y utilizar la mecánica corporal logrando entender las maneras de cómo realizar las actividades tanto la familia como la usuaria, hablándole también la importancia y el funcionamiento de la columna vertebral y de las diferentes formas de movilizar su cuerpo.

Al mismo tiempo colabora con fisioterapeutas a la realización de ejercicios que le sirven de ayuda para el mejoramiento de su salud física y mejorar la comodidad utilizando una posición segura de acuerdo a su estado de salud.

Código	Indicadores	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango
021701	Extensión de 0°				4	
021702	Flexión de 130°				4	
021703	Hiperextensión de 15°				4	

Evaluación se logró la enseñanza de realización de movimientos acordes a su estado actual instruidos por fisioterapeutas y personal de enfermería y así posteriormente tener más movilidad logrando el objetivo deseado.

Diagnóstico de Enfermería 6

(00108) Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro musculo esquelético M/P deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño, deterioro para lavarse el cuerpo, deterioro de la capacidad para secarse el cuerpo. Pág. 242

Dominio: 4 actividad/reposo.

Clase: 5 autocuidado.

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de intervención

Criterio de resultado: (0208) MOVILIDAD. Pág. 408

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Dominio: Salud funcional.

Clase: Movilidad.

Destinatario de cuidados:

Escala (s): Gravemente comprometido a no comprometido.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 4 Aumentar a:9

Código	Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
020801	Mantenimiento del equilibrio	1				
020803	Movimiento muscular		2			
020804	Movimiento articular.	1				

Agente de autocuidado: dependiente

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (1806) AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA PAG. 109

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
✚ Elegir técnicas de traslado que sean adecuados para el paciente. ✚ Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana según corresponda. ✚ Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo. ✚ Revisar al individuo para el uso de ayuda ambulatoria. ✚ Proporcionar mecanismos de ayuda. ✚ Realizar una demostración de la técnica.	✚ Proporcionar los dispositivos de asistencia necesarios para la movilidad y transparencia, siempre que sea posible y enseñar técnicas seguras de transferencia y ambulación. ✚ Comentar las medidas de seguridad para evitar caídas. ✚ Enseñar el uso correcto de la mecánica corporal, especialmente en aquellos momentos en que no se utilicen dispositivos de asistencia. ✚ Enseñar la prevención de la hipotensión postural. (Kozier y Erb, 2013)

Ejecución Se le enseña a la usuaria a realizar diferentes técnicas de traslado que sean adecuadas para ella, se le apoya para caminar desde la cama hasta el cuarto de baño se evalúa la capacidad de la paciente para realizar dichas actividades dándole una demostración de cómo hacerlo logrando así la seguridad para realizar dichas actividades, además de lograr la seguridad en ella misma.

Código	Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
020801	Mantenimiento del equilibrio			3		
020803	Movimiento muscular			3		
020804	Movimiento articular.		2			

Evaluación Se instruyeron tanto a la usuaria como a los familiares, las medidas para la traslación a ciertos lugares como el baño, los movimientos adecuados y las técnicas correspondientes para brindar confianza en la usuaria y mantener el equilibrio y los movimientos musculares y articulares, con esto se logró una gran mejoría aumentando la puntuación diana.

Diagnóstico de Enfermería 7

(00155) Riesgo de caídas R/C edad mayor de 65 años, deterioro de la movilidad. Pág. 382

Dominio: 11 seguridad/protección.

Clase: 2 lesión física.

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de intervención

Criterio de resultado resultado:(1909) CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS PAG. 169

Definición: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Control del riesgo y seguridad.

Destinatario de cuidados:

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 10

Aumentar a: 17

Código	Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190923	Pide ayuda				4	
190903	Coloca barreras para prevenir caídas	1				
190919	Utiliza procedimientos de traslado		2			

	seguros					
190916	Controla la inquietud.			3		

Agente de autocuidado: dependiente

Demanda de autocuidado: Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS PAG.378

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. - Identificar características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. - Sugerir al paciente cambios en la marcha. - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. - Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pacillos. - Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.	- En el ingreso, orientar a los pacientes sobre lo que les rodea y explicarles el sistema de llamadas. - Evaluar con atención la capacidad del paciente para andar e ir de un lugar a otro. Proporcionar ayudas para la deambulación y asistencia cuando sea necesario. - Supervisar con cuidado los riesgos de caídas del paciente, en especial de noche. - Colocar mesillas o salas de mesa cerca de la cama para que los pacientes no tengan que estirarse demasiado y en consecuencia perder el equilibrio. - Mantener siempre las camas del hospital en posición baja y las ruedas bloqueadas cuando no se proporcione ninguna asistencia. - Animar a los pacientes a usar barras de sujeción en el baño y las zonas de baño y pasamanos en los pacillos. (Kozier y Erb, 2013)

Ejecución Se enseña tanto a la usuaria como a los familiares a identificar los factores de riesgo de caídas, así como a identificar características del ambiente que puedan aumentar la seguridad, enseñándoles también a tener los barandales arriba siempre y a colocar los objetos al alcance de la usuaria para que así no tenga que hacer algún esfuerzo, comentándoles también a que es importante

59

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO CON LESIÓN DE MENISCO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

tener pasamanos en la escalera de su casa, baños y pacillos para evitar así cualquier caída y aumentar la seguridad en ella.

Código	Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190923	Pide ayuda					5
190903	Coloca barreras para prevenir caídas			3		
190919	Utiliza procedimientos de traslado seguros			3		
190916	Controla la inquietud.				4	

Evaluación: se logró un gran aumento en la puntuación diana, los familiares identificaron los riesgos que pueden producir alguna caída, así como el personal de Enfermería brindó la seguridad en la usuaria. Logrando el objetivo planteado.

Diagnóstico de Enfermería 8

(00004) Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea y procedimiento invasivo. Pág. 379

Dominio: 11 seguridad/protección.

Clase: 1 infección.

Requisito de cuidado universal: Prevención de peligro para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Plan de Intervención

Criterio de resultado (NOC): (1902) CONTROL DEL RIESGO PAG. 249

Definición: acciones personales para aprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que sean modificables.

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 3

Aumentar a: 12

Código	Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190220	Identifica los factores de riesgo	1				
190202	Controla los factores de riesgo ambientales	1				
190205	Adapta las estrategias de control de riesgo.	1				

Agente de autocuidado: dependiente y autocuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (3660) CUIDADOS DE LA HERIDA PÁG. 14

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor - Administrar cuidados del sitio de incisión según sea necesario. - Aplicar vendaje apropiado al tipo de herida. - Despegar los apósitos y el esparadrapo. - Limpiar con una solución salina o fisiológica según corresponda. - Reforzar el apósito si es necesario. - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de drenaje.	- La limpieza innecesaria puede retrasar la cicatrización de la herida al traumatizar los tejidos nuevos y delicados, reducir la temperatura superficial de la herida y eliminar el exudado que por sí mismo puede tener propiedades bactericidas. - El vendaje adhesivo de plástico, semipermeable y no absorbente permiten el intercambio de oxígeno entre la atmósfera y el lecho de la herida. Son permeables a las bacterias y el agua. - La presión hidráulica de un chorro de líquido de irrigación desaloja los restos contaminantes y reduce la colonización bacteriana. (Kozier & Erb, 2013)	Ejecución Vigilancia estrecha de las características de la herida

, incluyendo, drenaje, color, tamaño y olor así como los cuidados correspondientes del sitio de incisión, se le aplica el tipo de vendaje que es necesario para ese tipo de herida al igual se les muestra a los familiares para que ellos pueden hacerlo una vez dada de alta la paciente, se limpia la herida con

solución fisiológica según sea necesario, se reforzar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, así mismo se examina la herida cada vez que se realizaba el cambio del drenaje.

Código	Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190220	Identifica los factores de riesgo			3		
190202	Controla los factores de riesgo ambientales		2			
190205	Adapta las estrategias de control de riesgo.				4	

Evaluación Se orientó tanto a los familiares como a la usuaria sobre la prevención de las infecciones que puede adquirir en su herida, ya sea por la exposición a agentes patógenos y por contacto, se adoptaron medidas de riesgo necesarias con esto se logra tener un aumento en la escala, logrando así el objetivo planteado.

Diagnóstico de Enfermería 9

(00011) Estreñimiento R/C hábitos dietéticos inadecuados M/P Disminución de la frecuencia de defecar, heces duras, formadas y esfuerzo excesivo en la defecación. Pág. 193

Dominio: 3 Eliminación/Intercambio.

Clase: Función gastrointestinal.

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y equilibrio entre actividades y descanso.

Plan de intervención.

Criterio de resultado: (1006) PESO: MASA CORPORAL. Pág. 451

Definición: Grado en el que el peso y musculo corporal son congruentes en la talla.

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Regulación metabólica.

Escala (s): disminución grave del rango normal a sin desviación.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 4 Aumentar a:9

Código	Indicadores	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
100601	Peso	1				
100602	Grosor del pliegue del triceps.		2			
100604	Tasa del perímetro: Cintura.	1				

Agente de autocuidado: terapéutico

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: (NIC) (1100) MANEJO DE LA NUTRICION. PAG. 285

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTIFICO
✚ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. ✚ Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. ✚ Ajustar la dieta según sea necesario. ✚ Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función. ✚ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ✚ Determinar las preferencias alimentarias del paciente. ✚ Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.	✚ Comentar los factores fisiológicos, psicológicos y del estilo de vida que predispongan al aumento de peso. ✚ Proporcionar información sobre el intervalo de peso deseado y la ingestión de calorías recomendada. ✚ Comentar los principios de una dieta bien equilibrada y de los alimentos bajos en calorías. ✚ Alentar la ingesta de bebidas bajas en calorías y sin cafeína y mucha agua. ✚ Comentar la forma de adaptar las practicas alimentarias usando platos más pequeños, tomando raciones más pequeñas. ✚ Comentar la importancia del ejercicio. (Kozier y Erb, 2013).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: (NIC) (0200) FOMENTO DEL EJERCICIO PÁG. 234

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
✚ Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. ✚ Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. ✚ Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad del mismo. ✚ Animar al individuo a empezar el ejercicio. ✚ Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. ✚ Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. ✚ Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. ✚ Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. ✚ Instruir al individuo de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicios.	✚ Enseñar el rendimiento sistemático de los ejercicios pasivos o asistidos para mantener la movilidad articular. ✚ Demostrar, si procede, la mejor forma de realizar ejercicios isotónicos, isométricos o isocinéticos para mantener la más y el tono muscular. ✚ Proporcionar un programa por escrito sobre el tipo, frecuencia y duración d los ejercicios, favorecer el uso d un gráfico o diagrama de los progresos para facilitar el cumplimiento terapéutico. ✚ Ofrecer un programa para la deambulaci3n. ✚ Enseñar la disponibilidad de los dispositivos de asistencia para la deambulaci3n y su uso correcto. ✚ Comentar las medidas de control del dolor antes del ejercicio. (Kozier y Erb, 2013).

Ejecuci3n Se le explica a la usuaria y se le orienta la importancia del estado nutricional, así como la importancia de satisfacer necesidades nutricionales en ella, así como el ajuste de su dieta y aumentar muchos más alimentos ricos en fibra, así como el consumo de frutas y

64

verduras en este caso y tomar suficientes líquidos hasta dos litros de agua al día, se recomienda deambular por las tardes como tipo de ejercicio para lograr un mejor resultado favorable, son algunas de las opciones saludables que debe modificar dentro de su dieta, realizando 3 comidas al día, logrando así que el estreñimiento desaparezca.

Código	Indicadores	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
100601	Peso			3		
100602	Grosor del pliegue del tríceps.		2			
100604	Tasa del perímetro: Cintura.			3		

Evaluación: Se educó a la usuaria de acuerdo al manejo de sus alimentos, significativamente se aplicaron las intervenciones durante un mes logro bajar de peso y tener mejor tránsito intestinal para seguir mejorando su salud. Se logró el resultado esperado.

Diagnóstico de Enfermería 10

(00232) Obesidad R/C dificultades económicas M/P adulto, índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg.
Pág. 164

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Requisito de cuidado universal: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

Plan de intervención

Criterio de resultado (NOC): (1054) CONOCIMIENTO: DIETA SALUDABLE PAG.190

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva y equilibrada

Escala (s): ningún conocimiento a conocimiento extenso.

Puntuación diana del resultado: Mantener a: 4 Aumentar a:12

Código	Indicadores	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
185402	Peso personal optimo	1				
185404	Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas.		2			
185423	Estrategias para evitar grasas saturadas .	1				

Agente de autocuidado: dependiente y autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC): (1280) AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO PAG.112

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
✚ Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal ✚ Establecer un plan realista con el paciente que incluya la ingesta de alimentos y aumento del gasto de energía. ✚ Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito.	✚ Comentar los factores fisiológicos, psicológicos y del estilo de vida que predispongan al aumento de peso. ✚ Proporcionar información sobre el intervalo del peso deseado y la ingestión de calorías recomendada. ✚ Comentar los principios de una dieta equilibrada y de los alimentos bajos en calorías. ✚ Alentar la ingesta de bebidas bajas en calorías, cafeína y mucha agua. ✚ Comentar la forma de adaptar las practicas alimentarias usando platos pequeños, tomando raciones más pequeñas. ✚ Comentar la importancia del ejercicio. (Kozier y Erb, 2013)

Ejecución Se habla con la usuaria sobre la importancia que tiene el peso corporal sobre su diagnóstico, así mismo, se le motiva para seguir con la terapia y en su caso para realizar deambulaci3n diaria por las tardes así para que logre bajar de peso y su problema no se dificulte y ella se sienta segura con la cirugía

que se le realizo, así mismo, se le establecido un plan sobre la ingesta de alimentos que debe consumir así como el gasto de energía que debe realizar para su mejoramiento de su salud, y por último se le comenta sobre lo que le parece incómodo y lo que le ayuda para tener más éxito.

Código	Indicadores	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
185402	Peso personal optimo			3		
185404	Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas.				4	
185423	Estrategias para evitar grasas saturadas .		2			

Evaluación Se logró implementar estrategias adecuadas de acuerdo a una dieta saludable con un gran aporte energético a sus necesidades para el mejoramiento de su salud, llevando estos hábitos por el resto de su vida, en un mes se lograron ver resultados favorables lo que indica un objetivo exitoso para la paciente, y así mismo se logró el resultado esperado.

CONCLUSIONES

Con los cuidados aplicados a la usuaria ha demostrado significativamente un resultado positivo y el apoyo emocional de ella y los familiares a influido para lograr un gran avance.

El proceso de enfermería realizado con los diagnósticos e intervenciones de acuerdo a las escalas hacen que los resultados sean favorables como por ejemplo el diagnóstico del dolor manifestado en grave y actualmente es moderado.

Es imprescindible continuar con las intervenciones para tener mejor calidad de salud. Cada diagnostico está diseñado de acuerdo a su necesidad con el fin de mejorar la calidad de vida.

Con el desarrollo de este trabajo se pretende contribuir a fortalecer la formación de valores profesiones fundamentados en la ética de enfermería.

SUGERENCIAS

innovar técnicas para que el paciente y familiares entiendan y comprendan el proceso de su patología y las necesidades que esto conlleva para que se puedan llevar acabo satisfactoriamente las intervenciones de enfermería ya que en ocasiones el paciente no coopera o la familia desconfía del personal.

Sugiero también promover más el proceso enfermero ya que es muy importante para que los usuarios lleven a cabo las intervenciones necesarias y adecuadas para mejorar la salud del usuario, así como invitar a los familiares para que se involucren un poco más en los cuidados necesarios y dejarles claro que es algo que ellos mismos pueden hacer, para eso darles una plática y mostrándoles ejemplos para ello y así mismo se sientan seguros de realizar dichas intervenciones.

A los centros hospitalarios tomarse el tiempo de involucrar más a los familiares a realizar técnicas adecuadas para mejorar los cuidados del usuario.

BIBLIOGRAFÍA.

- a. sanchez, ramiro; ayala, miriam; baglivo, hugo; velazquez, carlos;. (2010). *scielo chile*. obtenido de scielo chile: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-85602010000100012
- alberto lifshitz. (01 de mayo de 2008). *seminario el ejercicio actual de la medicina*. obtenido de seminario el ejercicio actual de la medicina:
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html
- american cancer society. (s.f.). *cancer.org*. obtenido de cancer.org:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- asociacion española contra el cancer. (2014). *aecc*. obtenido de aecc:
https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/documents/cancer-mama_2014.pdf
- belo n.l. (2006). *fundamentos de enfermería parte 1*. la habana: ciencias medicas.
- centro de conocimiento bioetico. (21 de abril de 2015). *salud con bioetica*. obtenido de salud con bioetica: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- consenso mexicano sobre diagnostico y tratamiento del cancer mamario. (2013). *incan-mexico.org*. obtenido de incan-mexico.org: <http://incan-mexico.org/incan/docs/docencia/cmama.pdf>
- diario oficial. (09 de junio de 2011). *cenetec.salud*. recuperado el 19 de noviembre de 2016, de cenetec.salud:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipomedico/normas/nom_041_ssa2_2011.pdf
- diario oficial de la federación. (2009). *dof*. obtenido de nom-030-ssa2-2009 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica:
http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
- dr. alvares cambras y rodrigo . (09 de abril de 2018). *ecured conocimiento con todos y para todos*. obtenido de ecured conocimiento con todos y para todos.:
https://www.ecured.cu/lesiones_de_los_meniscos_de_la_rodilla
- dr. domingo delgado. (21 de 04 de 2016). *d desgarro de meniscos*. obtenido de d desgarro de meniscos.:
www.drdomingodelgado.com/blog/desgarro-de-meniscos-tipo-de-lesiones-y-tratamiento/

- dr. gonzalo samitier. (s.f.). *fisioonline todo sobre fisioterapia*. obtenido de fisioonline todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/lesion-de-menisco-tipos-causas-mecanismo-lesionante-tratamiento-conservador-y-quirurgico>
- dr. guillermo firman. (diciembre de 2002). *intermedicina*. obtenido de intermedicina: <http://www.intermedicina.com/avances/clinica/acl66.htm>
- dr. jose sanfilippo b. lic. maria isabel moreno hernandez. (2008). *seminario el ejercicio actual de la medicina*. obtenido de seminario el ejercicio actual de la medicina: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- dr. juan carlos albornoz. (s.f.). *meniscos de la rodilla*. obtenido de meniscos de la rodilla: <http://www.tutraumatologo.com/wordpress/lesion-de-meniscos/>
- dr. pedro luis ripoll. (2014). *fifa medical centre of exelence . fifa medical centre of exelence .*
- dr. roberto junquera fisioterapeuta. (s.f.). *fisioonline todo sobre fisioterapia*. obtenido de fisioonline todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/dolor-de-rodilla-como-saber-si-es-una-lesion-de-menisco-o-no>
- dr. roberto palacio gonzales. (2018). *enciclopedia mexico*. obtenido de enciclopedia mexico: <https://mx.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2008041545094/aparato-locomotor/huesos/lesiones-de-rodilla-meniscos/>
- dr. rogelio santos. (2015). *dr. rogelio santos traumatologo y ortopedista*. obtenido de dr. rogelio santos traumatologo y ortopedista: <http://santotraumatologiamty.com/lesion-de-meniscos/>
- dr. vicente de la varga. (13 de octubre de 2017). *salud*. obtenido de salud: <http://www.sportlife.es/salud/articulo/rotura-ligamento-cruzado-anterior-asi-prevenir-tratar-lesion>
- dra. diana osuna. (13 de diciembre de 2016). *onmeda. es para tu salud*. obtenido de onmeda. es para tu salud: https://www.onmeda.es/enfermedades/rotura_menisco.html
- dra. laura osuna. (13 de diciembre de 2016). *onmeda. es para tu salud*. obtenido de onmeda. es para tu salud: https://www.onmeda.es/enfermedades/rotura_menisco.html
- federacion internacional de diabetes. (2011-2021). *plan mundial contra la diabetes*. obtenido de plan mundial contra la diabetes: www.idf.org/sites/default/files/attachments/gdp-spanish.pdf
- fernandez de kirchner , c., luis manzur, j., & pradier, r. (marzo de 2012). *el cancer de mama en ocho palabras*. obtenido de el cancer de mama en ocho palabras: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000010cnt-07-guiabreve-cancerdemama.pdf>

fernandez de kirchner. (marzo de 2012). *el cancer de mama en ocho palabras*. obtenido de el cancer de mama en ocho palabras: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000010cnt-07-guiabreve-cancerdemama.pdf>

ftp. mikel junquera. (s.f.). *fisioonline todo sobre fisioterapia*. obtenido de fisioonline todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-una-lesion-de-menisco>

ftp. mikel junquera. (s.f.). *fisioonline todo sobre fisioterapia*. obtenido de fisioonline todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-una-lesion-de-menisco>

ftp. mikel junquera. (s.f.). *fisioonline todo sobre fisioterapia*. obtenido de fisioonline todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-una-lesion-de-menisco>

gillermo saveron acevedo. (23 de diciembre de 1986). obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

guia de practica clinica. (2014). *cenetec.salud*. obtenido de cenetec.salud: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/076-gcp_hipertarterial1na/hipertension_rr_cenetec.pdf

guia de práctica clínica. (08 de julio de 2014). *cenetec.salud*. obtenido de cenetec.salud: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/718_gpc_tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718ger.pdf

guia de practica clinica. (2014). *cenetec.salud*. obtenido de diagnostico y tratamiento de la hipertension arterial en el primer nivel de atencion: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/076-gcp_hipertarterial1na/hipertension_evr_cenetec.pdf

guias clinicas auge . (noviembre de 2015). *biblioteca minal*. recuperado el 04 de noviembre de 2016, de biblioteca minal: <http://www.bibliotecaminal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-gpc-camama-final-ly-p-publicaci%C3%B3n.pdf>

guillermo soberon acebedo. (23 de 12 de 1986). *reglamento de la ley general de salud*. obtenido de reglamento de la ley general de salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

hernan c. doval. (2013). revista argentina de cardiologia. *revista argentina de cardiologia*, 80.

inegi. (31 de enero de 2014). *estadistica a proposito de dia mundial contra el cáncer*. recuperado el 19 de noviembre de 2016, de estadistica a proposito de dia mundial contra el cáncer: <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/cancer16.pdf>

infocáncer. (01 de octubre de 2015). *infocáncer*. recuperado el 19 de noviembre de 2016, de infocáncer: <http://www.infocancer.org.mx/estadsticas-inegi-2014-cncer-de-mama-con892i0.html>

- joana fornes vives. (s.f.). enfermeria de salud mental y psiquiatrica valoracion y cuidados. en j. f. vives, *enfermeria de salud mental y psiquiatrica valoracion y cuidados*. (pág. 253). buenos aires- bogota- caracas- madrid- mexico- porto alegre: editorial medica panamericana.
- jose maria gonzalez ortega, mario miguel morales wong, zoraida lopez cuevas, marilin diaz valdez. (enero-marzo de 2011). *scielo*. obtenido de scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74932011000100013
- juan carlos dominguez arcilla. (24 de noviembre de 2014). *sura blog*. obtenido de sura blog:
<https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/mirada-mundo-rodilla.aspx>
- julian perez porto y ana gardey. (2012). *definicion de* . obtenido de definicion de :
<https://definicion.de/menisco/>
- kozier & erb. (2013). fundamentos de enfermeria: conceptos, proceso y practica, 9 edicion. en k. & erb, *fundamentos de enfermeria: conceptos, proceso y practica, 9 edicion*. (pág. 997). madrid: pearson educacion.
- leon roman ca. (22 de abril de 2013). *enfermeria ciencia y arte del cuidado*. obtenido de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192006000400007
- leq. brenda martinez avila, mce. vanesa jimenez arroyo, lei. mario salgado chavez. (2012). *teoria general del deficit de autocuidado*. morelia mich.: el manual moderno, s.a de c.v.
- liberal del sur. (28 de febrero de 2018). liberal del sur. *liberal del sur*.
- lic. enf. imelda yadira salazar hernandez. (2013). *eneo*. recuperado el 19 de noviembre de 2016, de eneo.unam:
<http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/proceso%20atencion%20en%20enfermeria.pdf>
- margarita pareda acosta. (2011). *medigraphic*. obtenido de medigraphic:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- maria del carmen ledesma perez. (2011). fundamentos de enfermeria. en m. d. perez, *fundamentos de enfermeria* (pág. 369). mexico : limusa.
- martha raile alligood- ann mariner tome. (2007). *modelos y teorias en enfermeria* . amsterdam: elsevier mosby.
- melendez herrada, enrique; sanchez d., guadalupe; ramirez p., maritonia; cravioto, alejandro; cervantes, estrella;. (mayo-junio de 2007). *medigraphic*. obtenido de medigraphic:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un073f.pdf>

miguel lugones botell, marieta ramirez bermudez. (septiembre de 2009). *scielo*. obtenido de scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252009000300020

ministerio de salud. (19 de enero de 2015). *resolucion minesterial*. obtenido de resolucion minesterial:
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/guias/rm031-2015-minsa.pdf>

ministerio de salud. guia clínica diabetes mellitus tipo 2. (enero de 2010). *bibliotecaminsal*. obtenido de bibliotecaminsal: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

norma yaneth noriega ortiz. (2008). nursing care process: a tool for the guarantee of quality of care. *nursing care process: a tool for the guarantee of quality of care*.

oms. (septiembre de 2015). *preguntasy respuesta de la hipertensión*. obtenido de preguntasy respuesta de la hipertensión: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

oms. (2016). *organización mundial de la salud*. recuperado el 19 de noviembre de 2016, de organización mundial de la salud.: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

ortiz, n. y. (09 de 2008). *encolombia.com*. recuperado el 02 de 10 de 2014, de encolombia.com: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/procesosdeatenciondeenfermeria>

padro solar, l., gonzales reguera, m., & paz gomez, n. (2014). *scielo*. obtenido de scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004

psicologa graciela peña. (s.f.). *graciela peña consulta psicologica clinica en oivedo*. obtenido de graciela peña consulta psicologica clinica en oivedo: <https://www.psicologiaoviedo.com/2011/11/como-controlar-el-enfado-antes-de-que-el-enfado-le-controle-a-usted/>

reyes saname, felix; perez alvarez, maria luisa; alfonso figueredo, ernesto; ramirez estupiñan, mirtha; gimenez rizo, yaritza;. (marzo de 2016). *scielo*. obtenido de scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1560-43812016000100009

sanchez, b. a. (2013). *proceso de enfermeria*. recuperado el 16 de octubre de 2014, de proceso de enfermeria: <http://www.enfermeriaysaludpublica.edu.mx/13/descargas/antologia2013.pdf>

secretaria de salud. (diciembre de 2007). *manual de la exploracion clinica de las mamas*. obtenido de anual de la exploracion clinica de las mamas.:
http://suntbanobras.org.mx/notas/cancermamas/clinicademamas_cnegr.pdf

segob. (9 de junio de 2011). *diario oficial de la federacion*. obtenido de diario oficial de la federacion: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09%2f06%2f2011

susana rosales barrera y eva reyes gomez. (2004). fundamentos de enfermería. en s. r. gomez, *fundamentos de enfermería* (pág. 636). mexico: el manual moderno.

unam. (2011). *eneo*. recuperado el 02 de 10 de 2014, de eneo:
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/enfermeria.pdf>

unam. (2011). *eneo*. obtenido de eneo: <http://www.eneo.unam.mx>

weschenfelder, m., & gue, m. (2012). hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *enfermería global*, 353.

ANEXOS.

FOTO N0 1. Colocación de vendaje compresivo.



PROCES



FOTO N° 3: Toma de signos vitales a la usuaria.



FOTO N°4. Demostración de cartulinas con temas relacionados a la patología presentada por la usuaria enseñándole al uso correcto de la ministración de medicamentos, manejo del dolor, enseñanza proceso - enfermedad, manejo de la nutrición, fomento del ejercicio entre otros.



PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

FOTO N° 5. Presentación de cartulinas para describir la enseñanza: proceso enfermedad y así mismo, enseñar al paciente a estar alerta de los signos y síntomas de un riesgo de infección entre otros.



FOTO N° 7. Ministración de medicamentos.



FOTO N° 8. Ministración de medicamentos y cuidado de la herida.



FOTO N° 9. Deambulaci3n de la usuaria sin ayuda, manifestando un gran avance respecto a su recuperaci3n.



FOTO N° 10. Foto con la usuaria entreg3ndole un obsequio.



PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADAR

FOTO N° 11 Miembro inferior derecho mostrando la incisión de la cirugía.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACION CIENTÍFICA EN EL PROCESO DE ENFERMERIA SOBRE LESION DE MENISCO.

Yo M.T.R.T declaro que acepto participar en la investigación científica, en el proceso de enfermería de lesión de menisco, que tiene como finalidad, describir, analizar y comprender el cuidado de enfermería al adulto mayor con lesión de menisco. Por lo que acepto participar en las entrevistas y datos proporcionados, asumiendo que la información dada será solamente de conocimiento de la investigación y de su asesor quienes garantizan el secreto profesional y el respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionado mi nombre, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere perjuicio o gasto.

Por ultimo declaro que después de las declaraciones convenientemente realizadas consiento participar en la presente investigación.

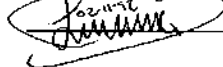
Estoy consciente que se tomara algunas fotografías para mostrar el trabajo realizado de dicha investigación.

Por ultimo estoy enterada que dicha investigación es para fines de titulación.

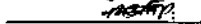
Firma de Informante



Firma de Investigador



Firma de testigo 1



Firma de testigo 2



I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: nombre: M.T.R.T sexo: Masc. () Fem. (X) Edad: 78 años

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN USUARIO CON LESION DE MENISCO
P.L.E LEYDA GALLEGOS GUADARRAMA

Religión: católica Edo civil: casada Escolaridad: tercero de primaria

Lugar de residencia: Santanamaya

Características de la vivienda

Renta _____ propia ☒ _____ otros _____

Material de construcción

Adobe _____ ladrillo ☒ _____ otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable ☒ _____ luz eléctrica ☒ _____

Drenaje ☒ _____ Pavimentación ☒ _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento publico (☒)

Recolección de basura (☒)

Drenaje y alcantarillado (☒)

Rol, que ocupa en la familia:

Madre (☒) hijo () esposa/o ()
Numero de hijos: 0 () 1 () 2 () mas de 3 (☒)

-

Relación con la familia:

Buena (☒) regular () mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () primaria (☒) secundaria ()

Bachillerato () licenciatura () otros ()

Ocupación : Ama de casa

Antecedentes laborales _____.

Ingreso económico familiar: \$1800 mensuales.

Menos de 1 salario mínimo (☒) 1-2 S m () más de 3 S m ()

Dependencia económica: si () no (X)

De quien: padres () esposo/a () otros ()

b.- patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre? Sociales ()
culturales () deportivas () Religiosas ()
otras: Descanso y reposo

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Consulta médica cada mes y reposo en casa

C.- estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () regular (X) deficiente ()

¿A que servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE (X)
Secretaria de salud () Particular ()
otros _____

Diagnostico medico: Lesión de menisco derecho.

Estado de salud: grave () delicado ()
estable (X)

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente

Es derecho aviente del ISSSTE

d.- estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si (X) no ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

En su posible cirugía, pueda tener algún riesgo por la edad que presenta.

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Autónoma

II.- REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 22 x llenado capilar: Rapido en 3 segundos

Cianosis si () no (X) especifique:

Tabaquismo si () no (X) especifique:

Cocina con leña si () no (X) especifique:

Alergias si () no (X) especifique:

Tipo de respiración:

Normal (X) disnea () bradipnea () polipnea ()

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () secreciones ()

Dolor () edema () otros: sin datos significativos

Tórax:

En tonel (X) en quilla () en embudo () otros _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () sibilancias () murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar si () no (X)

Especifique: _____.

Cardiovascular:

T/A 100/70MMHG F.C 80x Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: si () no (X)

Apoyo ventilatorio: si () no (X) especifique _____.

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral:	seca ()	Hidratada (X)
Piel:	seca () escamosa ()	normal (X)
Turgencia:	normal (X)	escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300- 500 ml (X)	500-1000 ml ()
1500-2000 ml ()	mas de 2000 ml ()

¿De donde proviene el agua que consume?

Llave publica () pipa () entubada () garrafón (X)

¿Utiliza algún medio para purificar el agua? Si () no (X)

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si (X) no ()

Especifique cantidad : 250 ml de jugo o leche o yogurt.

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: Sol Hardman 1000% para 24 hrs

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 88kg talla: 1.58cm IMC: 29.33 cintura: 109cm

Ha observado variaciones en el peso

	Si (x)		no ()
	Perdida ()		ganancia ()
3 kg ()	4- 6 kg ()	7- 9 kg ()	mas de 10 kg ()

Dentadura:

Completa ()	faltan piezas (x)
Prótesis fija ()	prótesis extraíble ()

Especifique:

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral

Si () no (X) especifique _____

Lengua en tónica () estomatitis () xerostomía ()

Tumor oral () leucoplaquia () edema ()
 lesión oral () Drenaje purulento () gingivorragia () ulceraciones ()

Otros _____.

Alteraciones en cara y cuello: Ninguna alteración.

Abdomen

Peristaltismo:	ausencia ()	disminuido (X)
	Aumentado ()	normal ()
	Distensión abdominal ()	otros _____

Presenta algún problema en la alimentación: si () no (X)

¿Cuál?	Acidez ()	nauseas ()	vomito ()
hematemesis ()			
Disfagia ()	pirosis ()	regurgitación ()	polidipsia ()
polifagia ()			
Bulimia ()	anorexia ()	reflujo ()	sialorrea ()
saciedad ()			

Eructos () otros _____.

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () no (X) especifique _____

Tipo de nutrición: oral (X)

Sonda nasogástrica () sonda nasoyeyunal ()

Gastroclisis () nutrición parenteral ()

¿Qué tan frecuente usted come?

1= cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

Alimento/ frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv. De la leche		X		
Carnes		X		
Cereales				X
Verduras		X		
Frutas	X			
Huevos	X			
Pescado			X	
Pastas y harina	X			

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite (X) manteca () Otros _____

¿Como es su dieta?

Sin restricciones (X) para diabético () hiposódica ()

Hipoproteica () Hipoproteica () otros _____.

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () colostomía ()
ileostomía ()

Hemorroides () pólipo rectal ()
rectorragia ()

Otros: Normal

Apoyo para la eliminación intestinal: si (x) no ()

Movilización (x) medicación () higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal:

Espontanea () estreñimiento ()

Diarrea () otros: 2 a 3 veces por semana

Características de las heces fecales

Café (x) acolia () melena () otros _____.

Consistencia de las heces fecales

Pastosa () semipastosa () líquida () semilíquida ()
dura (x)

Grupo de la eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () retención urinaria () tenesmo ()

Disuria () alteraciones uretero- vesicales () otro: normal

Alteración en la micción: sí () no (X)

Ámbar () coloria () hematuria () turbia ()

Grupo transpiración

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () ausente (X) aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36 C dolor ()

Alteraciones emocionales () temperatura ambiental ()

Otros _____.

Grupo menstruación

Menarca :17 años días del ciclo menstrual. 6 días

Tipo, cantidad y características del flujo : era abundante y muy espeso.

Presenta algún problema durante su menstruación

Sí () no () ocasional () especifique: menopausia

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas () 6-8 Horas (X) mas de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado (X) descansado () fatigado ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Sí () no (X)

¿Ha sufrido algún cambio se patrón de sueño?

Sí () no (X) desde cuando:

1 semana () 15 días () 1 mes ()

Presencia de:

Bostezo () insomnio () hipersomnia () pesadillas
() Alucinaciones () ojeras (X) ronquido ()
enuresis () Sonambulismo () terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño. Ruidos muy fuertes

¿Acostumbra a tomar siestas? Si (x) no ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?
Si () no (X) especifique. _____

Actividad

Sistema musculo esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor (X) rigidez (X) inflamación (X) limitaciones ()

Contracturas (X) especifique _lesión de
menisco_____

Tratamiento

¿Alguna actividad física le produce dolor?
Si (x) no () especifique __caminar_____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?
Si () no (X) especifique _____

Frecuencia/ duración _____.

f. mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?
Si () no (X) especifique _____

¿Utiliza apoyo para escuchar?

Si () no (X) especifique _____

Presencia de: mareo () vértigo () acufenos ()
malformaciones ()
Tumoraciones () lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si () no (X) especifique _____.

¿Utiliza lentes? Si () no (X) armazón () contacto
() Tiempo _____

Presencia de alteraciones oculares

Si () no (X) especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () amigos () compañeros de trabajo ()

¿Como considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (x) regular () mala ()

¿A quien recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) amigos () nadie ()

Observar: seguridad (X) timidez () introversión ()

Extraversión () otros _____.

Razones que le impiden socializar:

Lejanía (X) enfermedad () rechazo ()

Dificultad para la comunicación () otros _____

g. prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Sistema neurológico

Estado de conciencia:

Consiente (X) inconsciente () sopor ()
Estupor () confusión () coma ()
Glasgow _____

Problemas de:

Concentración () razonamiento () especificar.: Ninguno

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón (X) silla de ruedas () andador () otros _____
Antecedentes heredo familiares/ patológicos:

Si () no (X) especifique _____.

Toxicomanías:

Si () no (X) especifique _____.

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (X) no () especifique _____.

h. promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (X) no () especifique _____.

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) no () especifique _____.

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () no (X) especifique _____.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) no () especifique _____.

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () no (x)

Depresión () ansiedad () vergüenza ()
temor () Desesperanza () negatividad () tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () inadaptación (X) Irritabilidad ()
Culpa () agresión () cólera ()

III.REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez:	si ()	no (X)	especifique _____
Edad escolar	si ()	no (x)	especifique _____
Adolescente	si ()	no (X)	especifique _____
Adulto joven	si ()	no (X)	especifique _____
Edad fértil	si ()	no (x)	especifique _____

96

Adulto maduro si () no (x) especifique _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor

¿Has recibido educación sexual?

Si (x) no () especifique _____

¿Cuál es su orientación sexual? platicas

Inicio de vida sexual activa: si (x) no () especifique _____

Numero de parejas sexuales: 1

¿Esta satisfecho con su vida sexual?

Si (x) no () porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () no (x) especifique _____

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () no (X) especifique/tiempo _____

Numero de hijos: 10

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () no (x) especifique _____

Causa / tratamiento _____.

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () no (X) especifique _____.

Tratamiento _____.

Cirugías realizadas en aparato reproductor

Si () no (X) especifique _____.

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/ testicular?

Si () no () especifique _____.
¿Presenta problemas de erección?

Si () no () especifique _____.

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () no () especifique/tratamiento _____

Mujer:

Menarca: 17 Años Días del ciclo menstrual: 1 semana

Tipo, cantidad y característica del flujo: flujo abundante, cafésoso, y espeso.

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () no () especifique _____.

Embarazos: 10 partos: 10 cesárea ____ abortos 0 Óbitos ____

Embarazos de alto riesgo no menopausia: 52 años

Fecha de último Papanicolaou: hace 2 años

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:

Si () no (X) especifique _____.

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () no (X) especifique _____.

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4- 6 meses () 6- 12 meses () Mas de 12 meses ()
No se realiza () especifique: 1 vez al mes.

¿Sabe usted de su enfermedad? _____si_____.

Cuando hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades,
¿usted acude?

Si (X)

no ()

En caso de déficit o incapacidad física, ¿Cuál es su sentimiento respecto a su situación? Lo acepta y es conciente.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (x) no () especifique __ Caminar _____.

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () familiares ()
personales ()

Especifique: Ningún problema

Observaciones:
