



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO ENFERMERÍA

**“METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA APLICADA A UN CASO
CLÍNICO DE OSTEOARTRITIS REFERENTE A LA METODOLOGÍA
DE MODELO DE VIRGINIA HENDERSON”.**

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

**PRESENTA
YOLANDA SÁNTIZ GÓMEZ**

**ASESOR:
L.E. BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA**

MORELIA, MICHOACÁN, OCTUBRE 2007



AGRADECIMIENTO

ADIÓS

LE AGRADEZCO MUCHO A DIOS POR HABERME BRINDA
ESTA OPORTUNIDAD POR TERMINAR MI TRABAJO,
POR ESTAR CONMIGO CUANDO MÁS LO NECESITABA
Y NUNCA ME DEJO SOLO EN NINGÚN MOMENTO

A MIS PADRES

GRACIAS A MIS PADRES POR SU APOYO
INCONDICIONAL POR SU CARIÑO QUE ME
BRINDARON DURANTE LA REALIZACION DE MÍ
DE MI TRABAJO POR SUS ANIMOS, AUNQUE
FUE APOYO MORAL, QUE ME HAYA FALTADO
SU PRESENCIA EN CADA MOMENTO LE AGRA
DEZCO MUCHO YA QUE SON LOS MÁS IMPOR
TANTE QUE TENGO EN MI VIDAD Y QUE DIOS
LOS BENDIGA HOY Y SIEMPRE.

A MIS HERMANOS

POR DARME ANIMO EN MIS ESTUDIOS POR SU APOYO
ESPECIALMENTE MI HERMANA ROSI QUIZÁ SIN ELLA SU
APOYO JAMÁS HUBIESE TERMINADO NUNCA ESTUDIOS.

A MI ASESORA

POR HABERME BRINDA SU ATENCIÓN Y SU
VALIOSO TIEMPO QUE ME BRINDO DURANTE
LA ASESORIA.

Directivos

M.E.M. Josefina Valenzuela Gandarilla

Directora

L.E.D. María de Jesús Ruiz Recéndiz

Secretaria Académica

L.E. D. Ana Celia Anguiano Morán

Secretaria Administrativa

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	_____
I.- JUSTIFICACIÓN	_____
II.- OBJETIVO GENERAL	_____
2.1. Objetivo Específico	_____
III.- METODOLOGÍA	_____
IV.- MARCO TEÓRICO	_____
5.1. Modelo de Virginia Henderson	_____
5.2. Proceso de Enfermería	_____
5.2.1. Valoración	_____
5.2.2. Diagnóstico	_____
5.2.3. Planeación	_____
5.2.4. Ejecución	_____
5.2.5. Evaluación	_____
5.3. Osteoartritis	_____
V. CASO CLÍNICO	_____
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	_____
6.1. Valoración de necesidades	_____
6.2. Diagnósticos de Enfermería	_____
6.3. Plan de Intervención	_____
6.4. Ejecución del plan de intervención	_____
6.5. Evaluación	_____
VII. CONCLUSIONES	_____
VIII. SUGERENCIAS	_____
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS	_____
X. BIBLIOGRAFÍA	_____

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cubrir necesidades identificadas y proporcionar cuidados de enfermería.¹

En el presente trabajo se desarrollan cada una de las etapas de la metodología de intervención de enfermería, encaminadas a ayudar a la persona a ser independiente tomando como base el Modelo de Virginia Henderson. Este se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad tomando en cuenta los cinco pasos de proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Se ha caracterizado por ser sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible, interactivo. Y se adapta a las necesidades de cambio del cliente.

El proceso de enfermería es un razonamiento científico que permite a las enfermeras organizar, sistematizar, así como diferenciar la práctica de los médicos. El proceso de enfermería se aplicó a una mujer de 50 años con diagnóstico médico de Osteoartritis, enfermedad crónica de los cartílagos, articulaciones y tejidos circundantes, caracterizada por dolor, rigidez y pérdida de la capacidad funcional.² Utilizando las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

El paciente asiste a consulta en el sanatorio la luz el cual solicita un médico traumatólogo con dolor en el miembro superior derecha y le solicita estudios como: radiografías, resonancia magnética y es valorada le diagnostican osteoartritis. Se le da tratamiento domiciliario.

¹ Potter, Perry (2002) "fundamentos de enfermería" edición V Vol. editorial edide Pág. 301,302

² Mark h. Beers (2000) "manual de Merck Vol. editorial océano Pág.: 441

Posteriormente su hija buscaba una enfermera para le ayudaran a cuidar. Decidí tomar el trabajo así mientras lo cuidaba realizar el trabajo por que me pareció un tema muy interesante.

Me presente al siguiente día No1ella ya en su domicilio particular me explicaran lo que se le iba realizar la paciente con un horario de ocho de la mañana y una de la tarde.

Día 2: Se comento sobre el trabajo que me gustaría realizarlo con ella como parte de su tratamiento sobre su patología ella refiriendo que estaba de acuerdo y que cooperaba.

Día 3: se realizo la historia clínica del paciente y parte del las necesidades de el modelo virginia henderson

I. JUSTIFICACIÓN

La osteoartritis es una enfermedad que se presenta comúnmente en personas de 45 años en adelante, afecta la deambulaci3n de los pacientes, lo cual repercute en sus actividades cotidianas y laborales, por lo que tambi3n se altera su autoestima debido a que frecuentemente la enfermedad despierta en ellos sentimientos de inutilidad.³

La osteoartritis tambi3n puede afectar la situaci3n econ3mica y el estilo de vida de la persona. Costos econ3micos incluyen los gastos de tratamiento y la p3rdida de salario debido a la incapacidad. Los efectos al estilo de vida incluyen limitaciones al desempe1o del trabajo, ansiedad, depresi3n, sentimientos de desesperanza, y p3rdida de los gozos de la vida diaria.⁴

La osteoartritis se clasifican en dos: primaria y secundaria.

En la primaria se desconoce la causa y se da m1s en mujeres.

En secundaria se deben a lesiones o enfermedades y es m1s com3n en varones.⁵ Los factores que influyen son raciales y gen3ticos la prevalencia y distribuci3n de osteoartritis se ha demostrado que los chinos y negros tienen menor frecuencia a esta patolog3a, mientras que en los japoneses es m1s alta. Tambi3n estudios m1s recientes se han identificado otros factores como el peso ⁶

Por eso es importancia aplicar en un proceso de enfermer3a as3 nos permite identificar las necesidades b1sicas del paciente y realizar diagn3sticos concretos e intervenciones de enfermer3a, con el fin de brindar una mejor atenci3n. Como

³ Harrison, Brauwal "2002" "medicina interna" vol:II edici3n: 14^a P1g.: 1755

⁴ Harrison "2003" "principio de medicina interna" vol. II edici3n: 15^a P1g.2324

⁵ Joan luckman, MA .RN (2000)" cuidados de enfermer3a "Vol.: II mcgraw , Hill interamericana P1g.:1552

⁶ Bennet, plum "2003" tratado de medicina interna" vol. I edici3n: 20^a P1g.1753

personal de enfermería debemos de contar con herramientas y conocimientos necesarios sobre como manejar esta patología.

A continuación se menciona cifras estadísticas:

Nivel mundial con estadístico de mayor incidencia en mujeres de 45 de años en un 30%, 46 y 69 años presenta 68% mientras que en hombres 43% lugar en presentarlo en el año 2001⁷. Mientras que en nivel nacional se muestra un estadístico distinto a nivel mundial a partir de 55 años de edad ocupa 22.7% en mujeres y en varones lo ocupa un 20% año 1995-2000: ⁸ y en comparación de nivel local en Morelia Mich. En las diferentes áreas de salud así como: la clínica y hospital general vasco de Quiroga (ISSSTE) encontramos en el año 2006 un porcentaje total en ambos sexos de 10%, en colocación de prótesis de rodilla muestra un 10%. En hospital civil (Dr. Miguel silva) ocupa un 8% en ambos sexos en el año 2006. En la clínica y hospital del (IMSS) ocupa un 15% en el año 2006 en ambos sexos.⁹

⁷ Página de Internet. WWW. Google. Mx “ Estadísticos de nivel mundial de Osteoartritis”

⁸ Pagina de Internet .WWW. Yahoo. Mx. “Estadísticos de nivel nacional de Osteoartritis”

⁹ Datos obtenidos en los diferentes hospitales de “Vasco de Quiroga” (ISSSTE), Av. Madero hospital (IIMSS), hospital “Dr. Miguel Silva (civil) porcentajes de osteoartritis en Morelia, mich.

II. OBJETIVO GENERAL:

Restablecer las necesidades alteradas en el menor tiempo posible y fomentar el autocuidado para lograr una mejor calidad de vida para el paciente

OBJETIVO ESPECIFICO:

- ❖ Lograr el restablecimiento de las necesidades alteradas del usuario

- ❖ Elaborar diagnósticos claros, con la finalidad de establecer planes de acciones que permitan la intervención, para la satisfacción del paciente de las necesidades alteradas.

III. METODOLOGIA

Para la realización del marco teórico se recopiló la información en libros, manuales con la información del proceso de enfermería y sobre la patología.

La metodología aplicada la valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson y las 5 etapas del proceso de enfermería.

Así como también se entrevistó a la Sra. María en su domicilio particular y guiar de las necesidades de Virginia (ver anexos No). Se realizó una exploración física en el domicilio particular, historia clínica para obtener los datos al paciente.

IV. MARCO TEORICO

5.1 VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos originaria de Kansas city Missouri, paso su infancia en virginia ya que su padre ejercía la abogacía en Washington DC

Durante la primera guerra mundial desparto en hender son el entere por enfermería, así en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington. En 1921 se graduó acepto un puesto de enfermería en el Henry street visiting nurse servicie.

En 1922 inicio su carrera de docente en enfermería en el norfolk protestant en hospital de virginia. Cinco años más tarde ingresó en el teachers de la universidad de columbia, donde consiguió los títulos B.S y M.A en la rama de enfermería. En 1929 Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de strong Memorial.regresó al teachers collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica.

FUENTES TEORICAS

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de the pinciples and practica of nursing.

Hubo tres factores decisivos que lo llevaron a compilar su propia definición de enfermería.

En primer lugar en 1939 había revisado textbook of the principles and practice of nursing e identificó este texto de su trabajo como una fuente que la permitió darse cuenta “la necesidad de aclarar la definición de enfermera.”

Un segundo factor importante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional de national nursing council en 1946. Su trabajo dentro del comité fue incluido en el informe de 1948 de Esther Lucille.

Henderson calificaba a su trabajo más definición que de su teoría no estaba en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de enfermería como una síntesis de muchas influencias algunas positivas y otras negativas.

APLICACIONES DE DATOS EMPIRÍCOS

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

Apartir de esta idea Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

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

SALUD: Henderson no dio una definición propia de salud de salud pero en sus escritos comparo la salud con la independencia.

ENTRONO: tampoco en este caso dio una definición propia de entorno el que se define entorno como” el conjunto de todas las condiciones e influencia externas que afecta la vida y al desarrollo de un organismo.

PERSONA: (PACIENTE) henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son separables, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

NECESIDADES: en la obra de henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidades si bien señala las 14 necesidades básicas del paciente.

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ❖
Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros."¹⁰

LAS 14 NECESIDADES HUMANAS:

1. Respirar con normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.

¹⁰ Manual de enfermería “teorías y modelos “de licenciatura en enfermería

8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

SUPUESTO PRINCIPALES DE ENFERMERIA

Virginia no cita directamente cuales era el supuesto mas señalados
Enfermería

- ❖ Una enfermera detiene como función ayudar a individuo sanos o enfermos
 - ❖ Una enfermera actúa como miembro de un equipo medico
 - ❖ una enfermera debe tener nociones tanto de biología como sociología
 - ❖ una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
 - ❖ los 14 componentes del cuidado de enfermería abarca las funciones Persona paciente.
 - ❖ las personas debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional
 - ❖ el cuerpo y la mente de una persona no se puede separar
 - ❖ la persona requiere ayuda para conseguir la independencia.
- Salud:
- ❖ La salud es la calidad de vida
 - ❖ La salud es fundamental pera el funcionamiento humano
 - ❖ La salud requiere independiente e interdependencia
 - ❖ Favorece la salud es mas importante que cuidar al enfermo

Entorno:

- ❖ Las personas que están sanas puede controlar se entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- ❖ Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- ❖ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-paciente

Se puede establecer en tres niveles en la relación enfermera – paciente que van desde una relación muy independiente a la practica de independencia.

La enfermera como sustituto del paciente 2) la enfermera como una auxiliar una compañera de pacientes en momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un “sustituto de las carencias de paciente para ser completo integro o independiente debido a su falta de fortaleza física voluntad o conocimiento.

Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera extemporalmente la conciencia del inconsciente el amor del suicidad , la pierna amputada , los ojos de quien se ha quedado ciego , un medio de locomoción párale niño la experiencia y la confianza para un joven madre , la boca de los demasiados débiles o privadas del habla .la enfermera debe capaz de valorar no solamente en las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran henderson afirmaba que la enfermera debe meterse el la piel de de cada paciente para conocer las necesidades del paciente .

La enfermera debe modificar el entorno siempre que lo considere v indispensable henderson opinaba en cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a temperatura y la humedad y el calor la presión, los colores el ruido las impurezas químicas y los microorganismo pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones necesarias disponibles.

La enfermera y el paciente siempre trabajen en un objetivo ya será la independencia o una muerte tranquila Una de las meta de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente para una enfermera es favorecer la salud.

RELACIÓN ENFERMERA -MÉDICO

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial diferente que el médico. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se remueva el plan promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a los ordenes de l médico, ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes de los pacientes y a los enfermos sanitarios.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios.

Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe recargarse a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de la función. Henderson comparaba a todo equipo del médico incluyendo al paciente y a su familia.

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

11

¹¹ Ann Marriner, Tomey Phd (2003) “Modelos y Teorías” edición: 5ª Vol. Editorial. Pág.: 98- 107

5.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención en enfermería es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidado de salud de un paciente y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cumplir las necesidades. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de enfermero. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

VALORACION:

- ❖ Obtener los datos
- ❖ Organizar los datos
- ❖ Validar los datos
- ❖ Registrar los datos

DIAGNOSTICO:

- ❖ Analizar los datos Identificar los problemas
- ❖ De salud, los riesgos y las capacidades del paciente
- ❖ formular los diagnósticos

PLANIFICACION:

- ❖ establecer prioridades en relación con los problemas/diagnósticos
- ❖ formular objetivos/ resultados seleccionar las intervenciones de enfermería
- ❖ redactar las prescripciones de enfermería

EJECUCION:

- ❖ Volver a valorar el paciente
- ❖ Determinar las necesidades de asistencia del profesional de enfermería
Supervisar los casos delegados
- ❖ Registrar las actividades de enfermería

EVALUACION:

- ❖ Obtener datos en relación
- ❖ Con los resultados
- ❖ Comparar los datos con los resultados
- ❖ Relacionar las actuaciones de enfermería con los objetivos¹²

¹² potter, perry (2002) “ fundamentos de enfermería” edición V Vol. II editorial

5.2.1 ETAPA DE VALORACION

Es la primera fase proceso de enfermería, es la obtención, organización, validación y registro sistemáticos y continuos de los datos (información) pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Existe 4 tipos de valoraciones: valoración inicial, valoración localizada, valoración urgente y nueva valoración después de un tiempo. La valoración varia de acuerdo al propósito, momento tiempo disponible y estado de paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las practicas de salud, los estilos los valores.

El proceso de valoración conlleva a cuatro actividades estrechamente relacionados: obtención de datos, organización de datos, Valida donde datos y registro de datos.

ETAPAS DE ENTREVISTA:

Una entrevista tiene tres etapas principales: el comienzo, o introducción, el tema o idea principal y la finalización.

Comienzo: puede ser la parte mas importante de la entrevista porque lo que se dice y se en este momento marca la pauta para el resto de entrevista. Los objetivos de l comienzo de la entrevista son establecer una relación.

De compenetración y orientar al entrevistado.

La creación de una relación de compenetración es un proceso de establecimiento de confianza y buena voluntad.

El tema principal:

El tema principal de la entrevista el paciente transmite lo que piensa como se siente, lo que sabe y lo que percibe en la respuesta a las preguntas del profesional de enfermería.

La finalización: concluye la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria

Un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consu1ta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se v

Respuesta a las respuestas a las preguntas a las preguntas del profesional de enfermería.

FINALIZACION:

El profesional de enfermería concluye la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. En algunos Casos de paciente quien da por terminada la

entrevista: por ejemplo cuando el paciente cuando decide no proporcionar más información es capaz de dar más información por otro motivo.

EXPLORACION:

La exploración de física, o valoración, es un método sistemático recogida de datos que utiliza observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato, y el tacto) para detectar los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utiliza las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva acabo de forma sistemática. Puede organizar de acuerdo con las preferencias del examinador, en un enfoque de cabeza a pies o siguiendo un enfoque centrado en los sistemas orgánicos. Habitualmente en primer lugar la impresión global sobre el aspecto general del paciente y su estado de salud, por ejemplo, edad, talla, corporal, estado mental y nutricional, lenguaje, comportamiento. A continuación se toma ciertas mediciones, como son los constantes vitales, tala y el peso. La exploración céfalo caudal o enfoque de la cabeza a pies comienza con el examen de la cabeza avanza por el cuello, el tórax, el abdomen, y las extremidades, y termina en los dedos de los pies.¹³

ORGANIZACIÓN DE DATOS

El profesional de enfermería utiliza un formato escrito o computarizado que organiza sistemáticamente los datos de valoración.

Habitualmente recibe el nombre de historia de enfermería, valoración de enfermería o formulario de de recogida de datos de enfermería.

OBTENCION DE DATOS

La obtención de datos es un proceso de recopilación de información sobre el estado del paciente sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser a la vez

¹³ Rosales, Reyes (2004) fundamentos de enfermería edición:3ª editorial: manual moderno Pág.:227_ 245

sistemático y continuo, con el fin de omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante al paciente.

Una base de datos incluye toda la información disponible sobre el paciente: comprende la historia de enfermería, la valoración física, la anamnesia y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de los análisis de laboratorios y de las pruebas diagnósticas.

Los datos del paciente debe incluir sus antecedentes de salud, además del problema actual, por ejemplo, los antecedentes de una alérgica a penicilina son un pieza crucial en los datos históricos de paciente

TIPOS DE DATOS:

Los datos pueden ser subjetivos u objetivos. Los datos subjetivos, también denominados síntomas o datos encubiertos.

Solo son evidentes para la persona afectada, y solo dicha persona afectada puede describirlos o verificarlos. El prurito, el dolor y los sentimientos de preocupación son ejemplos de datos de subjetivos. Entre los datos subjetivos se incluyen las sensaciones, los sentimientos, los valores, las creencias, las actitudes y las sensaciones y la situación vital del paciente.

Los datos objetivos, también denominadas signos o datos manifiestos. Son detectables por un observador o puede medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado puede verse, oírse, sentirse, u olerse, y se obtiene mediante la observación o la exploración física. Por ejemplo un cambio de coloración de la piel o la lectura de la tensión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física se obtiene datos objetivos para validar datos subjetivos y para completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

FUENTES DE DATOS

Las fuentes de datos pueden ser primarios o secundarios .El paciente es la fuente primaria de datos. Los miembros de la familia u otros allegados del paciente. Los registros e informes del paciente, los análisis de laboratorios, diagnósticos, y toda la bibliografía relacionada con fuentes secundarias.

PACIENTE

La mejor fuente de datos suele ser el paciente a menos que este muy enferma, sea demasiado joven se encuentre confuso para la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Datos subjetivos: no se pueden medir son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

Datos históricos - antecedentes: a Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

Los principales métodos de para la obtención de datos: son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente o con sus allegados .La entrevista se utiliza principalmente mientras se toma la historia de enfermería.

OBSERVACIÓN

La observación es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos. Es una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado. En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación consta de dos aspectos: a) advertir los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa la cara del paciente esta observación, por ejemplo, con la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y tensión arterial.

ENTREVISTA:

Una entrevista es una comunicación planificada o un conversación que tiene una finalidad , como por ejemplo , obtener o proporcionar información, identificar problemas que preocupan en ambas partes , evaluar cambios, instruir , proporcionar apoyo, u ofrecer asesoramiento o terapia.

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional Es frecuente, consiste reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso des responsabilización de las obligaciones.

Interferencia social: en este caso las diferencias sociales con lleva en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- ❖ Expresiones faciales,
- ❖ La forma de estar y la posición corporal,
- ❖ Los gestos,
- ❖ El contacto físico,
- ❖ La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La exploración física:

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención. Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y exacta, ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos permite al profesional de enfermería realizar los siguientes pasos.

Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.

Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerdan obtener la información adicional que pueda haberse pasado por alto diferenciar los indicios de las deducciones. Los indicios son los datos que pueden ser observados directamente por profesional de enfermería.

Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada a la hora de identificar problemas.

No todos los datos requieren de una validación. Por ejemplo los datos tales como la estatura, el peso, la fecha de nacimiento y la mayoría de los estudios de laboratorios que es posible medir con una escala precisa pueden aceptarse como objetivos.

Para recoger los datos de forma exacta es preciso que el profesional de enfermería conozca sus propios prejuicios, valores y creencias, y que diferencie los hechos de las deducciones, las interpretaciones y las suposiciones por ejemplo una profesional de enfermería que ve que un hombre se sujeta un brazo contra el pecho podría suponer que está experimentando un dolor torácico, cuando en realidad el problema es un dolor en la mano.

REGISTRO DE DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslos, 1972), o por patrones funcionales (Gordón, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

Datos de identificación.

Datos culturales y socioeconómicos.

Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.

Valoración física

Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos

confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).

Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

Prueba de carácter legal

Permite la investigación en enfermería

Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.¹⁴

5.2.3 FASE DE DIAGNOSTICO

Es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase, los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente. Todas las actividades que preceden la esta fase están encaminadas a la formulación de los diagnósticos de enfermería; todas las actividades de planificación de los cuidados que siguen a esta fase se basan en los diagnósticos de enfermería.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería tuvieron su comienzo formal en año de 1973, cuando dos miembros de cuadro docente de la Saint Louis university.

¹⁴ potter, perry (2002) “ fundamentos de enfermería” edición V Vol. II editorial Pág.304-306

El propósito de la NANDA es definir, perfeccionar y fomentar una taxónoma de la terminología de los diagnósticos de enfermería de uso generalizado para los profesionales de enfermería.

Una taxonomía es un sistema de clasificación un conjunto de categorías estructuradas en función de un único principio o de un conjunto de principios.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE NANDA

El concepto de diagnóstico de enfermería para generar y poner en práctica un plan de cuidados de enfermería debe estar familiarizado con las definiciones de los términos empleados, así como los tipos y los componentes de los diagnósticos de enfermería.

DEFINICIONES

La expresión del proceso diagnóstico se refiere al proceso de razonamiento, en tanto que el término diagnóstico es un enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno.

En 1990, la NANDA adoptó una definición oficial de trabajo para el diagnóstico de enfermería.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son: real, de riesgo, de bienestar, posibles y de síndromes

1. un diagnóstico de enfermería real. Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Ejemplos de ello son patrón respiratorio ineficaz y ansiedad.

Un diagnóstico de enfermería real se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados. Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordón 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico

2. un diagnóstico de enfermería de riesgo es un juicio clínico de que no existe un problema, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, a menos que el profesional de enfermería intervenga Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
3. un diagnóstico de bienestar describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo. Una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar (NANDA internacional, 2003)
4. un diagnóstico de enfermería posible es un diagnóstico en el cual las de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes, un diagnóstico de enfermería posibles requiere mas datos para reclutar o apoyar el diagnóstico. por ejemplo una viuda anciana que vive sola ingresa en el hospital. el profesional de enfermería.

5.- Diagnostico de síndrome: es un diagnostico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos (Alfaro –Iefevre. 1998).en la actualidad se encuentra la lista de NANDA internacional seis diagnósticos de síndrome por ejemplo: los pacientes confinados en cama durante largo tiempo puede experimentar un riesgo de síndrome por desuso. De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en deseos expresos de la persona o del grupo por educación para Salud. ¹⁵

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE NANDA

Un diagnostico de enfermería consta de tres componentes:1) el problema y su definición; 2) la etiología; 3) las características definitorias. Cada componente tiene una finalidad concreta.

Problema etiqueta diagnostica, describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los que se esta proporcionando la intervención de enfermería. Describe el estado de salud del paciente con claridad y concisión en pocas palabras. La finalidad de la etiqueta diagnostica es guiar la elaboración de los objetivos del paciente y los resultados esperados. También puede sugerir algunas intervenciones de enfermería.

Para ser de utilidad en practica clínica , las etiquetas de la NANDA se sigue de la palabra especificar , el profesional de enfermería debe indicar el área en

¹⁵ Lynda Juanll (2002) “carpenito”Edición:9ª editorial: mcgraw._hill interamericana pag: 450

la que ocurre el problema por ejemplo , déficit de conocimiento (medicamento) o déficit de conocimiento (ajustes dietéticas)

Los calificadores son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de NANDA para complementar el significado del enunciado diagnóstico. Por ejemplo:

- ❖ deficiente (inadecuada en cantidad, calidad o grado ; no suficiente: incompleto)
- ❖ deterioro (evolución a peor, debilitamiento, lesión, reducción).
- ❖ Disminución (menor tamaño, menor cantidad o menor grado)
- ❖ Ineficaz (que no produce el efecto deseado).

Etiología (factores de riesgo relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o mas causas del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario, y permite el profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente.

Características definitorias:

Las características definitorias son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica específica. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos, así, como los factores responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad al problema de “lo normal” constituye la etiología de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

DIFERENCIA ENTRE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y UN DIAGNOSTICO MEDICO

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado de juicio de enfermería y hace referencia a un trastorno que los profesionales de enfermería están autorizados a

tratar. Un diagnóstico médico es aquel que realiza un médico en relación con un trastorno que un médico puede tratar. Los diagnósticos médicos refieren a enfermedades – respuestas fisiopatológicas.

El diagnóstico médico permanece sin cambios durante tanto tiempo como persista la enfermedad, pero los diagnósticos de enfermería van cambiando a medida que lo hace la respuesta del paciente. La respuesta de la Sra. Vidan a su enfermedad puede cambiar con el tiempo y hacerse más similar a la de la Sra. Caín.

Distingución entre diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. Un problema interdependiente es un tipo de problema potencial que los profesionales de enfermería tratan mediante intervenciones tanto independientes como prescritas por médico. Las intervenciones independientes para la resolución de un problema interdependiente se centra fundamentalmente en la vigilancia del estado del paciente y en una intervención del desarrollo de la potencial complicación. El tratamiento definitivo del proceso requiere intervenciones tanto médicas como de enfermería. Los problemas interdependientes tienden a estar presentes cuando existe una enfermedad o tratamiento que tiene complicaciones específicas que siempre se asocia con ellos.

EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

El proceso de diagnóstico utiliza de habilidades de pensamiento crítico: el análisis y la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera las explicaciones antes de formarse una opinión.

El análisis consiste en la separación en componentes, es decir la escisión del todo en sus partes. La síntesis es el proceso opuesto, es decir, la fusión de las partes para formar el todo. Los profesionales de enfermería utilizan continuamente el proceso diagnóstico.

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. en esta fase utilizan habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los p

El análisis consiste en la separación en componentes, es decir la escisión del todo en sus partes. La síntesis: es proceso opuesto, es decir, la fusión de las partes para formar todo.

El proceso de diagnóstico forma tres partes:

Análisis de datos:

- ❖ Identificación de los problemas de salud, los riesgos y los factores favorables
- ❖ La formulación de enunciados diagnósticos.

Análisis de datos:

En el proceso de diagnóstico, el análisis de los datos implica los siguientes pasos:

Comparar los datos con los estándares (identificar indicios significativos)

1. agrupar los indicios (generar hipótesis provisionales)
2. identificar lagunas e incoherencias.

Comparación de datos estándares:

Los profesionales de enfermería se basan en los conocimientos y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normas, e identificar los indicios significativos. Un estándar o norma es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general.

Distinción entre diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

Un problema es un tipo de problema potencial de enfermería que se trata mediante intervenciones tanto independientes como prescritas por médico.

Las intervenciones de enfermería independiente para la resolución de un problema interdependiente se centra fundamentalmente en la vigilancia del estado del paciente y en la prevención del desarrollo de Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de la potencial complicación .el tratamiento definitivo del proceso requiere intervenciones tanto medicas como de enfermería.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito. La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlaban para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo conjunto

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis. Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas: alternativas como hipótesis. Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Componentes de un diagnóstico de enfermería de nanda: un diagnóstico de enfermería consta de tres componentes:

- ❖ El problema su definición
- ❖ La etiología

Agrupaciones de indicios:

La agrupación de indicios es un proceso que consiste en determinar el grado de relación de los hechos y establecer si hay alguna patrón, los datos representa incidentes aislados, y si son significados. Este es el comienzo de la síntesis. El profesional de enfermería puede agrupar los datos de forma inductiva, combinando los datos de diferentes áreas de valoración para formar patrón.

Identificación de los problemas de salud, riesgos y factores favorables

Una vez analizado los datos, el paciente y el profesional de enfermería pueden identificar, en colaboración, los factores favorables y los riesgos para el paciente.

Determinación de los problemas de salud y los riesgos

Una vez agrupados los datos, el profesional de enfermería y el paciente identificado conjuntamente los problemas que son un argumento a favor de un diagnóstico provisional real

Determinación de factores favorables

El profesional de enfermería y el paciente determinan también los factores del paciente, los recursos y sus capacidades para afrontar la situación.

Formulación de enunciados diagnósticos. La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redacta como enunciado de dos o tres partes, pero existe variaciones a esta norma

Enunciado básicos de pospartes

El enunciado básico de pospartes consta de los siguientes:

1. problema(P): enunciado de la respuesta del paciente (etiqueta de NANDA)
2. etiología. (E) Factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de la misma.

Las dos partes se unen mediante la expresión relacionada (a con en vez con la expresión debido.

Enunciados básicos de tres partes

El enunciado básicos de tres partes de un diagnóstico de enfermería recibe el nombre de formato PES, y consta de los siguientes:

1. Problema (P). el enunciado de la respuesta del paciente (etiqueta de NANDA)

2. ETIOLOGIA (E): factores que contribuye a la respuesta o causa probable de la misma
3. Signos y síntomas (S) características definitorias manifestados por paciente.
4. Los diagnósticos reales de enfermería pueden documentarse utilizando el enunciado de tres partes.
5. El formato PES esta especialmente indicado para los profesionales que están empezando, por que los signos y los síntomas validan la elección del diagnostico y hacen que problema sea mas descriptiva.¹⁶

5.2.3 PLANIFICACIÓN

Es la tercera fase del proceso de enfermería, durante la cual el profesional de enfermería el paciente desarrollan los objetivos del paciente /resultados esperados, y las intervenciones de enfermería a prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y la resolución del problema. en planificación , el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración de paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente . Aunque la planificación es básicamente la responsabilidad del profesional de enfermería, la información del paciente y de los allegados es esencial para el plan resulte eficaz.los profesionales de enfermería no planifican para el paciente. Sino que lo animan a participar activamente en la medida de los posibles.

¹⁶L. Delgado Ma. Elena (2000). "El proceso de enfermería metodología para la práctica profesional". Vol.: I edición. Pág. 87 , 88,89 y 90

TIPOS DE PLANIFICACIÓN

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continua hasta que finaliza la relación profesional de enfermería –paciente, habitualmente aunado el centro de asistencias sanitarias da el alta al paciente.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso es el que desarrolla el plan de cuidados integral inicial. este profesional de enfermería cuenta con la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente ,así como de poder obtener ciertos tipos de información intuitiva que no están disponibles solo en datos escritos . la planificación debe iniciarse tan pronto como sea posibles la valoración inicial , especialmente debido a la tendencia a acortar las estancias hospitalarias.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Planificación continuada

La planificación continuada corre a cargo de todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería van obteniendo nueva información y van evaluando las respuestas

del paciente a los cuidados, puede individualizar más el plan de cuidado inicial. la planificación continua también tiene lugar al principio del turno , cuando el profesional de enfermería planifica los cuidados que administrara ese diandándose a los datos que van actualizándose, el profesional de enfermería lleva acabo la planificación diaria de los siguientes fines,

- ❖ Determinar si el estado de salud del paciente ha experimentado algún cambio.
- ❖ Establecer las prioridades en el plan de cuidados del paciente durante el turno
- ❖ Decidir que problemas centrarse durante el turno
- ❖ coordinar las actividades de enfermería de forma que en cada contacto con el paciente queda abordase más de un problema.

Planificación de alta

La planificación de alta , el proceso de prever y planificar las necesidades tras altas , es una parte esencial de los cuidados integrales del salud y debe abordarse en cada plan de cuidados del paciente. Debido a que la estancia hospitalaria media para caso agudos se acortado , a veces se da el alta a pacientes que sigue necesitan cuidados.

DESARROLLODE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan de cuidados formal e informal.

Un plan de cuidados de enfermería informal es una estrategia de actuaciones que existe en la mente del profesional de enfermería. Por ejemplo, éste puede pensar “la Sra. Phan está muy cansada. Tendré que esforzar su formación cuando haya cansado.

Un plan de enfermería formal es una guía escrita o formalizada que organiza la información sobre los cuidados del paciente. El beneficio más evidente de un plan de cuidados escrito formal es que ofrece una continuidad en los cuidados.

Un plan de cuidados estandarizado es un plan formal que especifica los cuidados de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes (por ejemplo todos los paciente que han sufrido un infarto de miocardio).

Un plan de cuidados individualizados es un plan que se han personalizado para responder a las necesidades exclusivas de un paciente en concreto, necesidades que no se abordan en el plan de cuidados estandarizados.

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

En el proceso de desarrollo de los planes de cuidados del paciente, el profesional de enfermería lleva a cabo las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados
- Selección de las intervenciones de enfermería.
- Redacción de las prescripciones de enfermería.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones. El profesional de enfermería y el paciente comienza la planificación decidiendo que diagnóstico de enfermería requiere atención en primer lugar.

Para el establecimiento de prioridades, los profesionales de enfermería a menudo utilizan la jerarquía de necesidades de Maslow. En la escala tales como: necesidades fisiológicas, como el aire, los alimentos y el agua.

Las prioridades van cambiando a medida que las respuestas a los problemas y los tratamientos del paciente se modifican. Al asignar las prioridades se deben considerar diversos factores, los siguientes:

- ❖ Valores creencias del paciente en relación con la salud. Los valores relativos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Por ejemplo, un paciente puede creer que el estar en casa para atender a los niños es más urgente que un problema de salud.
- ❖ Prioridades del paciente: hacer participar al paciente en la asignación de prioridades y en planificación de los cuidados fomenta la colaboración.
- ❖ Recursos a disposición del profesional de enfermería y del paciente: si el dinero, el equipo o el personal escasean en el centro de asistencia sanitaria, puede asignarse un problema una prioridad menor de lo habitual.
- ❖ Urgencias del problema de la salud: con independencia del marco de referencia empleado, las situaciones de riesgo vital requieren que el profesional de enfermería les asigne una prioridad alta.
- ❖ Plan de tratamiento médico: las prioridades para tratar problemas de salud deben ser congruentes con los tratamientos prescritos por otros profesionales sanitarios.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PACIENTE/RESULTADOS ESPERADOS

Una vez establecidos las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente establecen los objetivos para cada diagnóstico. En un plan de cuidados, los objetivos esperados / resultados esperados describen en términos de respuestas observables del paciente que espera lograr el profesional de enfermería ejecutando las intervenciones de enfermería.

FINES DE LOS OBJETIVOS / RESULTADOS ESPERADOS

- ❖ Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería. las ideas para estas intervenciones surgen con mayor facilidad si los resultados esperados expresan con claridad y con concreta las metas que el profesional de enfermería pretende alcanzar.
- ❖ Sirve como criterios para evaluar la evolución del paciente. Aunque se desarrolla en la etapa de planificación. Del proceso de enfermería.
- ❖ Permite el paciente y al profesional de enfermería de determinar cuándo se ha resuelto un problema.
- ❖ Contribuyen a motivar al paciente y al profesional de enfermería, al infundir a ambos sentimientos de logro. A medida que se van alcanzando los objetivos.

OBJETIVOS A CORTO Y A LARGO PLAZO

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. un objetivo a corto plazo podría ser “ el viernes el paciente podrá levantar el brazo derecho a la altura del hombro” en el mismo contexto , un objetivo a largo plazo podría ser “ en 6 semanas el paciente habrá recuperado el uso completo de brazo derecho. Los objetivos a corto plazo y largo plazo son de utilidad:

- a) para los pacientes que requieren asistencia sanitaria durante un tiempo breve.
- b) Para los que se sienten frustrados con objetivos a largo plazo que les parece difíciles de alcanzar y necesita la satisfacción de lograr un objetivo a corto plazo

En un contexto de cuidados agudos gran parte del tiempo del profesional de enfermería se consume a las necesidades inmediatas del paciente, de modo que la mayoría de los objetivos son a corto plazo.

RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS /RESULTADOS ESPERADOS Y LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los objetivos deriven de los diagnósticos de enfermería del paciente, en particular de la primera parte de un enunciado (problema). La parte del enunciado relativa al problema contiene la respuesta no sana; indica aquello que debe cambiar. Por consiguiente los objetivos esenciales para un paciente dado derivan al problema. por ejemplo, si el diagnostico de enfermería es riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con diarrea e ingesta insuficiente secundaria a nauseas , el enunciado esencial del objetivo podría ser:

Mantenimiento del equilibrio hídrico, manifestado por eliminación urinario y fecal en equilibrio con la ingestión de líquidos, turgencia cutánea normal y mucosas húmedas.

COMPONENTES DE LOS ENUNCIADOS DE OBJETIVOS/RESULTADOS ESPERADOS.

Los enunciados de objetivos resultados esperados deben constar, en general, de los siguientes cuatro componentes:

- ❖ Sujeto: el sujeto es un sustantivo, es el paciente, cualquier parte del paciente o un atributo del mismo, como el pulso o la producción de orina . es frecuente omitir al sujeto es el paciente, a menos que se indique lo contrario.
- ❖ Verbo: el verbo especifica una acción que el paciente debe realizar, como lo que debe hacer, aprender o experimentar. Se deben emplear verbos que denoten conductas directamente observables, como administrar, mostrar, caminar, etc.
- ❖ Condiciones o puntualización. las condiciones o puntualizaciones pueden anidarse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales deben

producirse la conducta del paciente. Explica el que, el donde, el cuando y el como.

EJEMPLOS DE VERBOS DE ACCION:

Aplicar, ayudar, beber , citar, comparar, compartir, definir, demostrar, describir diferenciar, discutir, dormir, enunciar, escoger, explicar, hablar, identificar, informar, preparar, respirar.

DIRECTRICES PAR REDACTAR OBJETIVOS /RESULTADOS ESPERADOS

Las siguientes directrices pueden ayudar a los profesionales de enfermería a redactar los objetivos y los resultados esperados.

- a) Escribir los objetivos y los resultados en términos de respuestas paciente, y no de actividades de enfermería. el comenzar cada enunciado de objetivos con las palabras “paciente” puede ayudar a centrar el objetivo en las conductas y las respuestas. deben evitarse los enunciados que comiencen con permitir, facilitar, promover, o verbos similares, seguidos de la palabra paciente .estos verbos indican lo que el profesional de enfermería espera conseguir, no lo que el paciente hará.

Correcto: el paciente beberán 100 CC de agua cada hora (conducta del paciente)

Incorrecto: mantener la hidratación del paciente (actuación de enfermería)

- b) Asegurarse de que los resultados esperados sean realistas en relación con las capacidades, las limitaciones y el plazo asignado, si este se indica. las limitaciones pueden ser de tipo económico, por falta de equipamiento, por falta de apoyo familiar, relacionados con los servicios sociales, el estado mental físico, y el tiempo. por ejemplo, el resultado “mide con exactitud la insulina” puede no ser realista para un paciente que tiene mala visión por cataratas.

- c) Asegurarse de cada objetivo y los resultados esperados sean compatibles con los tratamientos de otros profesionales. por ejemplo, el resultado “aumentara 15 minutos diarios el tiempo que pasa fuera de cama “ no es compatible con la prescripción medica de reposo en cama.
- d) Asegurarse de que cada objetivo sólo derive de un diagnostico de enfermería. por ejemplo, el objetivo “el paciente aumentara la cantidad de nutrientes que ingiere y hará progresos a su capacidad para alimentarse así mismo “derivan de dos diagnosticas de enfermería: déficit de autocuidado: alimentación y desequilibrio emocional por defecto. relacionar un enunciado de un objetivo con un solo diagnostico facilita la evaluación de los cuidados, al garantizar que las intervenciones de enfermería planeadas estén claramente relacionados con el diagnostico.
- e) Utilizar términos observables y mensurables para los resultados. Evitar que sean vagas y que requieran una interpretación o un juicio por parte del observador. Por ejemplo, frases tales como aumentar el ejercicio diario o mejorar los conocimientos sobre su nutrición significa cosas diferentes para distintas personas.
- f) Asegurarse de que paciente considere importantes los objetivos/resultados esperados y que los valora.

SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

Son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones especificas seleccionadas deben centrarse en la eliminación o reducción de la etiología del diagnostico de Enfermería, que es la segunda `parte del enunciado diagnostico.

Cuando no sea posible modificar los factores etiológicos, deben escogerse intervenciones destinados a tratar signos y síntomas, o las características definitorias en la terminología de nanda. Ejemplo de una situación dolor

relacionado con la incisión quirúrgico y ansiedad relacionada con una etnología desconocida.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería de riesgo deben centrarse en las medidas destinados a reducir los factores de riesgo del paciente, que se encuentra también en un enunciado.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Las intervenciones de enfermería se identifican y redacta durante la etapa de planificación del proceso de enfermería; sin embargo en realidad se lleva a cabo durante la fase de ejecución. Las intervenciones de enfermería o incluyen cuidados tanto los cuidados tanto como directos e indirectos.

Las intervenciones independientes: son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a emprender una función de los conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la valoración continuada. El apoyo el soporte emocional, educación, el asesoramiento, el entorno y la referencia de otros profesionales sanitarios.

Las intervenciones dependientes: son las que se llevan a cabo por prescripción o bajo supervisión de un médico o de acuerdo al procedimiento sistematizados. Las prescripción medicas suelen consistir en medicamentos, tratamientos intravenosos, pruebas diagnosticas, tratamientos y dietas actividad. El profesional de enfermería es responsable de explicar las prescripciones médicas, valora sus necesidades y administrarlas.

Las intervenciones interdependientes: son acciones que el profesional de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en dieta, y médicos. Las actividades de enfermería interdependientes reflejan como

se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales.

ANALISIS DE LAS CONSECUENCIAS DE CADA INTERVENCION

Para objetivo de enfermería suele identificarse diversas intervenciones posibles. La tares profesional de enfermería es escoger aquellas que tiene un mayor probabilidad de lograr los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza analizando los riesgos y los beneficios de cada intervención pueden tener más una consecuencia. Por ejemplo, “proporcionar la información exacta” podría tener como consecuencia las siguientes conductas del paciente:

- ❖ Aumento de la ansiedad
- ❖ Reducción de la ansiedad
- ❖ Deseo de hablar con el medico
- ❖ Deseo de abandonar el hospital
- ❖ Relajación

Para poder determinar las consecuencias de cada intervención de enfermería es preciso tener conocimiento y experiencia.

CRITERIOS PARA SELELCIONAR LAS INTERVENCIONES

Las consecuencias de las distintas intervenciones de enfermería posibles, el profesional de enfermería debe escoger una o más intervenciones con mayor probabilidad de éxito.

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a decidir cuales son las mejores intervenciones de enfermería. El plan deben cumplir los siguientes requisitos:

- ❖ Debe ser seguro y adecuado para la edad , el estado de salud y la enfermedad del individuo
- ❖ debe ser alcanzable con los recursos disponibles. por ejemplo, un profesional de enfermería de asistencia domiciliaria podría desear incluir una orden de enfermería para un paciente anciano
- ❖ deben ser congruente con las creencias , los valores y la cultura del paciente
- ❖ debe ser congruente con otros tratamientos por ejemplo si al paciente se le ha prohibido ingerir alimentos, la estrategia de un tempepie nocturno debe posponerse hasta que su salud lo permite.
- ❖ Debe estar basada en los conocimientos y la experiencia de enfermería o de ciencias relacionadas (es decir, debe basarse en un fundamento lógico).
- ❖ Deb responder a los estandares de cuidados determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales.

REDACIONES DE LAS PRESCRIPCIONES DE ENFERMERIA

Tras elegir las ordenes de enfermería adecuada, el profesional las redacta en el plan de cuidados como ordenes de enfermería .las prescripción de enfermería son instrucciones para las actividades concretas en el profesional de enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de salud establecidos.

Fecha: las prescripciones de enfermería se fechan cuando se redactan a revisan de forma regular intervalos que dependen del as necesidades del paciente.

Verbo de acción: el verbo de acción la prescripción y debe ser preciso. Por ejemplo"explicar (al paciente) las acciones de la insulina"

Área de contenido: el contenido es el que y el donde de la prescripción. En la prescripción anterior "vendaje espiral" y "pierna" establece el que y el donde de la prescripción.

Elemento de tiempo: el elemento tiempo responde al cuando, cuanto tiempo o con que frecuencia debe producir la intervención de enfermería. Por ejemplo de ello” ayudar al paciente a bañarse a la 7:00 todos los Días “y “administra un analgésico 30 minutos antes de fisioterapia.

Firma: la firma del profesional de enfermería que prescribe es un signo de su responsabilidad y tiene valor legal.

RELACION ENTRE LAS PRESCRIPCIONES DE ENFERMERIA Y EL ESTADO DEL PROBLEMA

Dependiendo del tipo de problema del paciente, el profesional de enfermería redacta prescripciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud.

Las prescripciones de observación: son valoraciones que se realizan para determinar si se esta produciendo una complicación y las observaciones de las respuestas del paciente a los tratamientos o de otro tipo.

Las prescripciones de prevención: prescribe los cuidados necesarios para prevenir complicaciones o para reducir o para reducir los factores de riesgo.

Las prescripciones de tratamiento: comprende las instrucciones, las referencias a otros profesionales, la fisioterapia, y a otros cuidados necesarios para los diagnósticos de enfermería reales.

Las prescripciones de promoción de la salud: son adecuados cuando el paciente no tiene problemas de salud o cuando el profesional de enfermería formula un diagnostico de salud.¹⁷

¹⁷ P.w. Iyer, B.J. Taptich. (2002). “Proceso y diagnostico de enfermería”, vol. 2 edición 3ª , editorial McGRAW- HILL, Págs. 9, 10 ,11

5.2.4 EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones de enfermería. La ejecución consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (o prescripción de enfermería para las intervenciones que se formularon en el paso de planificación y concluye el paso de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas del paciente.

RELACION ENTRE LA FASE DE EJECUCION Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Las tres primeras fases del proceso de enfermería – valoración, diagnósticos y planificación proporciona la base de ejecución. La fase de ejecución proporciona las actividades de enfermería en si las respuestas del paciente del paciente que se examinaran en la fase final, la fase de evaluación. Utilizando los datos adquiridos durante la valoración, el profesional de enfermería individualiza los cuidados administrados en la fase de ejecución, ajustando las intervenciones a cada paciente específico en lugar de aplicar sistemáticamente a categorías de paciente.

Al ejecutar las prescripciones de enfermería, el profesional de enfermería, el profesional de enfermería vuelve a valorar al paciente con cada nuevo contacto, reuniendo los datos sobre las respuestas de este a las intervenciones de enfermería y sobre cualquier nuevo problema para plantearse.

HABILIDADES DE EJECUCIÓN

Para ejecutar con éxito el plan de cuidados, los profesionales de enfermería deben poseer habilidades cognitivas interpersonales y técnicas. Estas habilidades

se diferencian unos con otros; sin embargo, en la práctica de los profesionales utiliza diversas combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la intervención.

Las habilidades: (habilidades intelectuales) incluidas la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. son esenciales para proporcionar cuidados de enfermería seguro e inteligentes.

Las habilidades interpersonales: son todas las intervenciones, verbales y no verbales, que realiza las personas al interactuar directamente unas con otras. La eficacia de una actividad de enfermería a menudo depende en gran medida de la capacidad de profesional de enfermería de comunicarse con otros.

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las intervenciones de enfermería: cuidar, consolar, aconsejar, remitir, asesorar. En estas habilidades implica transmitir conocimientos, actitudes, sentimientos interés y apreciaciones de los valores culturales y el estilo de vida del paciente.

Las habilidades técnicas: son habilidades prácticas, tales como la manipulación de equipos o instrumental, la administración de inyecciones, la colocación de vendajes, y mover, levantar. Estas habilidades reciben también el nombre de procedimientos o habilidades psicomotoras.

PROCESO DE EJECUCION:

El proceso de ejecución consta de los siguientes pasos:

- ❖ Nueva valoración del paciente
- ❖ Determinación de la necesidad de intervenciones del profesional de enfermería
- ❖ Ejecutar las intervenciones de enfermería.
- ❖ Supervisar los cuidados delegados.
- ❖ Registrar las intervenciones de enfermería.

Nueva valoración del paciente:

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe volver a valorar al paciente para asegurarse de que es necesario la prescripción en práctica dicha intervención.

Determinar la necesidad de ayuda de profesional de enfermería:

Al ejecutar algunas intervenciones de enfermería o puede requerir ayuda por uno de los siguientes motivos:

- ❖ El profesional de enfermería no es capaz de ejecutar de forma segura la intervención de enfermería por sí solo. (por ejemplo: deambulación de un paciente obeso inestable)
- ❖ La ayuda reducirá el estrés del paciente (por ejemplo: dar la vuelta que experimenta dolor agudo cuando se mueve)
- ❖ El profesional de enfermería carece de conocimientos o las habilidades para ejecutar una intervención de enfermería concreta (por ejemplo: un profesional de enfermería familiarizado con un modelo específico de equipo de tracción necesitaría ayuda a primera vez que lo aplicara).

Ejecución de las intervenciones de enfermería:

Es importante explicar al paciente que intervenciones van llevar a cabo, que sensaciones cabe esperar, que se espera que y cuales es el resultado esperado. Para muchas actividades de enfermería también es importante garantizar las intimidades del paciente, por ejemplo: cerrando la puerta, corriendo las cortinas.

Al ejecutar las intervenciones, los profesionales de enfermería deben seguir las siguientes directrices:

- ❖ Basa las intervenciones de enfermería en conocimiento científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados.
- ❖ Comprender claramente las prescripciones que deben ejecutar y cuestionar aquellas que no comprendan.
- ❖ Adaptar las actividades a cada paciente específico.

Supervisión de los cuidados delegados:

Si se han delegado ciertos cuidados a otros miembros del equipo, el profesional de enfermería responsable de los cuidados globales del paciente debe asegurarse de las actividades que se haya ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados.

Registra las intervenciones de enfermería:

El profesional de enfermería completa la fase la ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería. Estas forman parte de la historia permanente sobre el paciente del centro.¹⁸

5.2.5 EVALUCIÓN

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

¹⁸ S. Rodríguez Berta A. (2006). Proceso Enfermero Aplicación Actual. Vol.:1 edición: Editorial: Cuellar. Págs.73, 75, 82,83

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia

3.- Conocimientos:

Entrevista con el paciente

Cuestionarios (Tes.),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Evaluar es juzgar o estimar, la evaluación es la quinta fase del proceso y la última fase. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada, y dotada de objetivos, en la los pacientes en relación con la consecución de objetivos y los profesionales de enfermería determinan a) la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos /resultados y b) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones exitosas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

La evaluación es un proceso continuo. La evaluación que se lleva a cabo durante o inmediato después de ejecutar una orden permite al profesional de

enfermería modificar sobre la marcha de intervención . la evaluación que se realiza a intervalos específicos (por ejemplo. Una vez por semana para el paciente de cuidados domiciliarios) pone de manifiesto el alcance de los progresos del paciente en relación en la consecuencia de los objetivos y permite el Profesional de enfermería permite corregir deficiencias y modificar el plan de cuidados según sea necesario.

La evaluación continua hasta que el paciente logro los objetivos de salud o se loe da de alta los cuidados de enfermería. La evaluación de alta de los cuidados incluye el estado de la consecución de los objetivos y capacidades de autocuidado del paciente en relación con los cuidados de seguimiento. Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran que los responsables que responden por las acciones, indican interés en sus intervenciones de enfermería, y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces.

RELACION ENTRE LA FASE DE EVOLUCIÓN Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

El éxito de la fase de evaluación depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Los datos de la valoración deben ser exactos y completos, de forma que el profesional de enfermería de enfermería puedan formular su diagnostico de enfermería y su resultado esperados apropiados. Los resultados deben anunciarse de forma concreta en eminos de conducta que para que sea utilidad para la evlució de respuestas del paciente.

La fase de evaluación y de valoración (obtención de datos) es un proceso continuo que tiene lugar en cada contacto con el paciente. Sin embargo los dato9s se obtienen con distintas finalidades en los diversos momentos de proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, los datos se obtiene conel diagnostico. Durante la fase de evaluación, el objetivo de la obtención de datos es compararlos con objetivos.

PROCESO DE EVALUACION DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE

La evaluación deben determinarse los resultados esperados (indicadores) que se utilizaran para medir la consecuencia de los objetivos del paciente. (Esto se realiza en la fase de planificación.) Los resultados que deben obtenerse y proporcionar un estándar respecto del cual juzgar los datos.

Por ejemplo, los datos los siguientes resultados esperados, todo profesional de enfermería sabría que datos de obtener:

- ❖ Ingestión diaria de líquidos no inferior a 2500 ml
- ❖ Diuresis equilibrada con ingestión de líquidos.
- ❖ Orina residual inferior de 100 ml.

El proceso de evaluación consta de cinco componentes:

- ❖ Obtención de datos relacionados con los resultados esperados
- ❖ Comparación de resultado.
- ❖ Relación de las intervenciones de enfermería con los resultados.
- ❖ Extracción de conclusiones sobre el estado de problema.
- ❖ Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería.

Obtención de datos

El profesional de enfermería obtiene dato utilizado como guía unos resultados precisos, medibles y enunciados con claridad, de forma que pueda extraerse conclusiones respecto a si se han alcanzado los objetivos.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ❖ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ❖ En relación a los objetivos marcados.
- ❖ Como resultado de la intervención enfermera
- ❖ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹⁹

5.3 OSTEOARTRITIS

Es la más común de todas las enfermedades articulares caracterizada por degeneración de la articulación y pérdida de cartílago. Produce inflamación articular que genera dolor y limitaciones funcionales. Es una de las causas principales de incapacidad laboral.²⁰

Epidemiología y etiología

La incidencia de osteoartritis aumenta dramáticamente con la edad y suele comenzar luego de la cuarta década. Los factores relacionados con el desarrollo de osteoartritis incluyen la edad, constitución genética, factores mecánicos, la

¹⁹ Bárbara Kossier, Glenora Erb (2004) “Fundamentos de Enfermería” conceptos, procesos, práctica edición 7 Vol. II editorial. Pág.

²⁰ Mark, Beers (2000) “Enciclopedia de Merck” Vol. II editorial océano Pág. 441

estabilidad de la articulación, accidentes, deportes, trabajos o condiciones que afectan el tejido conectivo y óseo.

La osteoartitis es una de las causas principales de incapacidad física en adultos. Más de 40 millones de personas en los Estados Unidos probablemente tienen esta enfermedad ²¹ . Algunas personas jóvenes presentan osteoartritis en una articulación debido a una lesión o golpe, pero la mayoría de las personas que la padecen son de edad avanzada. Al cumplir los 65 años de edad, más de la mitad de la población ya tienen evidencia radiológica de osteoartritis en por lo menos una articulación.

Debido a que el número de personas de edad avanzada está creciendo, también está aumentando el número de personas con osteoartritis.

La enfermedad afecta a hombres y mujeres. Antes de la edad de 45 años, se presenta mayormente en hombres, mientras que después de los 45 años de edad, la enfermedad es más común en mujeres.

La osteoartrosis afecta a las personas de diferentes maneras. En algunas personas, la enfermedad se desarrolla más rápidamente; en otras personas, los síntomas son más graves.

Los científicos todavía no saben la causa de la osteoartritis, pero se cree que es el resultado de una combinación de factores en el cuerpo y en el ambiente.

El peso, la dieta y la tensión sobre las articulaciones debido a ciertos tipos de trabajo pueden empeorar la enfermedad.

La osteoartritis también puede afectar la situación económica y el estilo de vida de la persona. Costos económicos incluyen los gastos de tratamiento y la pérdida de

²¹ J.luckman, Ma. Rn (2001) "cuidados de enfermería" Vol.: I editorial: interamericana Pág.: 1552

salario debido a la incapacidad. Los efectos al estilo de vida incluyen limitaciones al desempeño del trabajo, ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza, y pérdida de los gozos de la vida diaria.²²

Factores de Riesgo

La edad es el factor de riesgo más importante en la osteoartritis. En una encuesta radiográfica realizada a mujeres menores de 45 años, solo un 2% tenía artrosis, mientras que en entre los 45 y 64 años, la prevalencia era del 30% y en mayores de 65 años fue del 68%. En los varones, las cifras son casi las mismas, sólo algo menores en los grupos de edad más avanzada.

Son también factores de riesgos los traumatismos y el uso repetido de la articulación. La insuficiencia del ligamento cruzado anterior o las lesiones del menisco (y la meniscectomía) pueden producir artrosis de la rodilla.

Existen diferencias raciales tanto en la prevalencia de la artrosis como en la predilección de la enfermedad por ciertas articulaciones. En los chinos de Hong Kong la incidencia de la artrosis de cadera es menor que en las personas de raza blanca; la artrosis es más frecuente en los nativos de Estados Unidos que en las personas de raza blanca y, sobre todo, la artrosis de cadera es mucho más frecuente en los negros de Sudáfrica que en los blancos de la misma población. Se ignora si estas diferencias son genéticas o se deben al distinto uso que se hace de las articulaciones según el trabajo o los hábitos de la vida.²³

SINTOMAS

El proceso degenerativo inicial puede ser asintomático. El dolor es el síntoma predominante y suele afectar a una sola articulación de inicio; luego puede

²² Harrison, Brauwal (2003) "Principio de medicina interna" edición 15ª Vol. editorial mcgraw_hill interamericana Pág.: 2323-2324.²²

²³ Beare/ myers (2000) "enfermería principios y practica" vol:III edición: editorial: panamericana Pág.: 1209

extenderse hacia otras articulaciones. Muy a menudo el paciente describe el dolor como un malestar profundo que se acompaña de rigidez de la articulación que sigue periodos de inactividad. El dolor aumenta con el uso de la(s) articulación(es) afectadas. Donde la molestia en las articulaciones es en periodos de inactividad y se alivia en el transcurso del día cuando se siguen utilizando las articulación. Causa inflamación e hinchazón

- ❖ comienza más temprano que la osteoartritis

Causa que la persona con artritis reumatoide se sienta enferma, cansada y a veces con fiebre.

- ❖ Usualmente la osteoartrosis comienza lentamente. Tal vez comience con dolor en las articulaciones después de ejercitar o realizar trabajos físicos. La osteoartritis puede afectar cualquier articulación, pero ocurre más frecuentemente en la espina dorsal, manos, caderas, o rodillas. articulación

Si la articulación está caliente, roja y adolorida, probablemente es osteoartrosis. No todas las personas con osteoartritis sienten dolor. Solamente una tercera parte de las personas que tiene rayos X confirmando su osteoartritis sienten dolor u otras Señales de Alerta:

- ❖ Dolor constante o intermitente en una articulación
- ❖ Rigidez al levantarse de la cama
- ❖ Una articulación hinchada o adolorida
- ❖ Un sonido o roce de huesos que se mueven uno contra el otro
- ❖ Si la articulación está caliente, roja y adolorida, probablemente .Hable con su médico sobre otras posibles causas, tal como artritis reumatoide.²⁴

²⁴ Bennet

DIAGNÓSTICO

Se basa mayormente en la presentación clínica y signos radiográficos. Los hallazgos característicos en una radiografía simple son: se observa osteofitos en los bordes de las articulaciones afectadas, además de estrechamiento en el espacio articular. Cuando el daño es en el cartílago, a veces en una placa simple, no se observa el cambio. Entonces se recurre al uso de artroscopia. Donde se observa los cambios destructivos en el cartílago. Otro estudio que se usa es la imagen de resonancia magnética (MRI).

Historial Médico: El médico comienza preguntándole al paciente que describa sus síntomas, y cuándo y cómo empezaron. La comunicación entre el paciente y su médico es sumamente importante. El médico puede evaluar mejor y más completamente si el paciente da una buena descripción del dolor, la rigidez, y habilidad de función de las articulaciones, y como todo esto ha cambiado a través del tiempo.

Examen Médico: El médico examinará la salud general del paciente. Se examinarán articulaciones que estén molestando, incluyendo su reflejo y fuerza muscular. El médico también observará la habilidad del paciente de caminar, agacharse, y otras actividades de la vida diaria.

Rayos X: Es posible que el médico también tome rayos x para ver la articulación afectada y cualquier daño que haya en la articulación. Los rayos x pueden enseñar tales cosas como pérdida de cartílago, daño a los huesos y espolones.

Otras Pruebas: El médico puede ordenar pruebas y análisis de sangre para determinar la causa de los síntomas. Una prueba común es "aspiración de la articulación," en la cual se saca líquido de la articulación

5.4.5 TRATAMIENTO

Los pacientes buscan alivio al dolor y mejoría de la función física. Por lo tanto el tratamiento médico está orientado hacia el alivio de los síntomas. Como tratamiento inicial el médico prescribe agentes antiinflamatorios no esteroides

El tratamiento de osteoartritis tiene cuatro metas generales:

- ❖ Controlar el dolor a través del uso de drogas y otros métodos
- ❖ Mejorar el cuidado de las articulaciones a través del descanso y el ejercicio
- ❖ Mantener un peso aceptable
- ❖ Lograr un estilo de vida saludable

Farmacoterapia

La eficacia de los antiinflamatorios no esteroidales se debe principalmente a sus propiedades analgésicas más que las antiinflamatorias. Por tal razón muchos facultativos recomiendan el uso de fármacos analgésicos simples como lo es el acetaminofén. Hay estudios que demuestran que el acetaminofén es eficaz y tiene menos efectos adversos que los antiinflamatorios. Los antiinflamatorios no esteroidales son compuestos de variada estructura molecular que puede inhibir la formación de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico. Hay varias familias químicas de estos medicamentos pero en general todas producen irritación gastrointestinal, úlceras, dolores de cabeza, mareos, alergias, problemas renales entre otros. Estudios clínicos han demostrado que el uso continuo por periodos prolongados se han asociado con aceleración de la osteoartritis y aumento en la destrucción del cartílago. Algunos agentes que se administran intrarticularmente, particularmente los corticosteroides y ácido hialurónico. Los corticosteroides producen alivio rápido mediante inhibición de la inflamación. El ácido hialurónico produce un alivio gradual lubricando, mejorando la amortiguación de la articulación y estimulando la reconstrucción por el cóndor.

Cirugía Ortopédica

En los últimos años se ha desarrollado técnicas de artroscopias, la reconstrucción de la articulación reemplazo de la articulación. En la artroscopia se hace una limpieza de la articulación, en la reconstrucción se hace una reparación y en la reemplazo se remueven los tejidos inservibles y se sustituyen por materiales inerte.²⁵

Localizaciones de osteoartritis

Manos la osteoartritis de los dedos parece ser hereditario, o sea tiende a ocurrir en familias. Más mujeres que hombres tienen osteoartritis en los dedos, especialmente después de la menopausia. Pequeños nódulos de huesos pueden aparecer en las articulaciones de los dedos. Los dedos se pueden hinchar, poner rígidos y torcerse. Los dedos gordos de las manos también pueden ser afectados.

Rodillas: Las rodillas son las articulaciones primarias de cargar peso en el cuerpo humano. Las rodillas están entre las articulaciones más afectadas por la osteoartritis. Se pueden poner rígidas, hinchadas, y adoloridas, causando que sea difícil caminar, subir escaleras, sentarse y levantarse de sillas, y usar bañeras. Si no se recibe tratamiento, la osteoartrosis en las rodillas puede llevar a incapacidad. Medicamentos, pérdida de peso, ejercicios, y aparatos para ayudar a caminar, tales como un bastón o andador, pueden reducir el dolor y la incapacidad. En casos graves, cirugía para reemplazar la rodilla afectada también puede ayudar.

Caderas: la osteoartrosis en las caderas puede causar dolor, rigidez, e incapacidad grave. Las personas con esta condición pueden sentir dolor en las caderas, ingle, parte interior de los muslos, o rodillas. Aparatos para ayudar a

²⁵ Lawrence M. Tierner, Jr. Stephen “2005” “Diagnósticos clínico y Tratamiento” manual moderno , Edición 40ª Pág.:774,781,794

caminar, tales como un bastón o andador, pueden ayudar a reducir la tensión sobre la cadera afectada. La osteoartritis en la cadera puede limitar movimiento y el acto de poderse agachar.

Espina dorsal: rigidez y dolor en el cuello o en la parte de abajo de la espalda pueden ser el resultado de osteoartritis de la espina dorsal. Osteoartritis la espina dorsal también puede resultar en debilidad o adormecimiento de los brazos o piernas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El primordial de la artrosis es una pérdida progresiva del cartílago articular, la artrosis no es una enfermedad de un solo tejido, sino de un órgano, la sinovial articular, en la que todos los tejidos, además de un cartílago, están lesionados: el hueso subcondral, la sinovial, los meniscos, ligamentos y el dispositivo de apoyo neuromuscular. Las lesiones anatomopatológicas más llamativas de la artrosis suelen verse en las áreas del cartílago articular que soporta las cargas, en las primeras fases, el cartílago es más grueso de lo normal pero al avanzar el proceso, la superficie articular se adelgaza, el cartílago se reblandece, la superficie se agrieta y aparece hendiduras verticales.

PATOGENIA

La principal carga que soporta el cartílago articular (el tejido que sufre las consecuencias de la artrosis) está representada por la contracción de los músculos que fijan o mueven la articulación. Aunque el cartílago, dada su masa, absorbe muy bien los impactos, su espesor es solo mayor de 1 a 2 mm.²⁶

²⁶ Página de Internet "WWW. Google" localizaciones de osteoartritis y anatomía

Pautas de enfermería

Los diagnósticos de enfermería que se identifican con mayor frecuencia en los casos de osteoartrosis son : el dolor , e incluso el reposo o nocturno , la ansiedad relacionada con el carácter progresivo del trastorno , la limitación funcional que acarrea y la posibilidad de perdida de autoestima, el deterioro de la movilidad física y el déficit de conocimientos relativos al trastorno en si y los recursos disponibles para paliar sus efectos.

La primera actuación de enfermería en estos casos debe encaminar a informar ademadamente sobre el carácter crónico de la enfermedad y facilitar la expresión de su sentimiento de la persona afectada para ayudarle a superar la idea de padecer un trastorno no incurable.

El resto de intervenciones se centran en la transmisión de pautas de ejercicios y de reposo que ayude a combatir la rigidez y la perdidas de movilidad , y el comentarios de las medidas que pueden aliviar el dolor , como la aplicaci0n de Calor húmedo , determinados ejercicios de relajación y la evitación de sobrecargas en las articulaciones enfermas . Asimismo se insistirá en la necesidad de seguir fielmente el régimen farmacológico pautado, en los riesgos de automedicación y la conveniencia de perder peso.

Consideraciones de enfermería

- ❖ Favorecer la actividad y la fisioterapia articular, recomendar al paciente evitar los esfuerzos sobre las articulaciones o las actividades que precipite los ataque agudos (por ejemplo levantar peso).

- ❖ Prestar apoyo emocional y aquellas medidas que se prescriban para aliviar el dolor crónico.

- ❖ Animar al paciente para cumplir el tratamiento.

- ❖ Poner una plataforma en cama puede ser de utilidad para mantener los cobertores separados de la articulación afectada.²⁷

²⁷Carlos gispert (2001) “ enciclopedia de enfermería” edición Vol. III editorial: océano centrium Pág.:408-410

V. CASO CLINICO

SRA. M.G.R es una paciente femenina de 50 años de edad, es viuda vive en casa tipo urbana que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y extra domiciliarios, su lugar de origen san Lucas Huetamo Michoacán desde hace 20 años viven aquí en Morelia, mich.

Padre finado a los 50 años de edad desconoce la causa, padecía de reumatismo. Su madre finada a los 95 años de edad padeció de insuficiencia venosa.

Tiene una hermana con diabetes mellitus.

Niega toxomanias actuales tabaquismo, alcoholismo, padeció fiebre de Malta a la edad de 20 años, hace 10 años tuvo embolia cerebral cuando se le realizó una cesárea, después se le complicó la herida por infección de la cesárea lo cual internaron en terapia intermedia en el IMSS, para el cierre de la herida, tiene un clavo en el centro medular en el dedo de pie izquierdo, fue operada de la vejiga por incontinencia urinaria hace 9 años, hace 5 años lo operaron de miomas uterinos y actualmente presenta insuficiencia venosa en los miembros pélvicos.

Gesta: 1 cesárea: 1

Sra. Solo curso la instrucción primaria ya que su padre no permitió que continuara estudiando. La paciente durante el interrogatorio respondió con tranquilidad y mostró actitud de confianza e interés. Esta conciente, ubicada en tiempo, lugar y espacio.

Su cifra de signos vitales muestran la siguiente; FC: 100 FR: 20 T/A 110/70
TEMP: 36°C

Su alimentación es escaso en calidad en cantidad refiere comer bien desde el mes de agosto de 2006 realiza 2 comidas diarias un horario no definido ingiere 1 litro de agua aproximadamente diario.

Su dentadura esta completa, presenta mucosas orales poco reseca y piel reseca.

Presenta una evacuación 1 vez cada 2 días y además una disminución en la diuresis.

Mantiene posición libre escogida con insuficiente actividad física, refiere dolor a la hora de deambular.

Generalmente duerme de 4 a horas, durante en la noche tiene dificultad para conciliar el sueño por lo que toma $\frac{1}{4}$ de adepsique para dormir.

Refiere desde hace 15 días empezó con dolor e inflamación en el miembro inferior derecha por lo que decide a acudir con su medico en la cual le realizaron estudios radiografías, resonancia magnética y le diagnostica una osteoartritis.

Dx: osteoartritis

Tratamiento indica por medico:

1. Arcoxia 150 MG tabletas v.o c/8 horas
2. Diclofenac 100mg grageas v.o c/12 horas
3. Tylex de 750 MG tabletas v.o c/8 horas

En estos momentos la Sra. Maria se encuentra y observa de caída de ánimos, insoportable con el dolor refiere que ya nunca podrá levantarse a caminar preocupada por su hogar.

Su hija le compro una andadera y un bastón para apoyarse pero no quiere utilizarlo.

VI. APLICACION DE PROCESO

6.1 LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDADES DE OXIGENACION

Tiene una frecuencia respiratoria de 20 minuto se observa sin ruidos cardíacos normales y los campos pulmonares se auscultan limpios, no fuma, no consume ningún tipo de droga , no presenta alergias , presenta taquicardia al realizar actividad física breve manifiesta fatigada , presenta tos sin flemas.

2. NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Pesa 60 Kg. mide 1,65, su ingesta habitual refiere comer con deficiencia en cantidad y calidad desde el mes de agosto, refiere consumir cereales, fruta por las mañanas en la tarde come poco ya que no tiene quien le prepare la comida realiza 2 comidas durante el día no lleva ningún tipo de dieta e ingiere regularmente 1 litro de agua durante el día su apetito a disminuido y no come entre comidas.

Su piel es seca pálida, con perdida de masa corporal su pelo es quebradizo y reseco.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Su frecuencia para evacuar es cada 2 días, sus heces con más frecuencia son duras.

Por lo cual toma laxantes (contumaz), presenta una disminución en la diuresis, su frecuencia urinaria es cada 4 horas, no presenta incontinencias, no ha presentado infecciones vaginales.

4. NECESIDAD DE MOVERSE

Se encuentra decaída, no puede caminar, refiere mucho dolor en la rodilla derecha su expresión es inexpresiva, no practica ningún deporte, ya que su vida es sedentaria y presenta taquicardias y fatiga y con dolor de miembros pélvicos secundaria insuficiencia venosa, edema e inflamación.

Desde hace 5 días le diagnostican osteoartritis miembro inferior derecha (dolor y ardor) al forzarla. Su medico tratante le comenta sobre su diagnostico.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO :

Durante la noche duerme 4 a 5 horas, sin siesta por la tarde presenta problemas para conciliar el sueño por lo que toma $\frac{1}{4}$ de adepsique antidepressivo para conciliar el sueño, ya que refiere estar preocupada por su rodilla, no le gusta ver televisión, ni recibir muchas visitas.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE

No es capaz de vestir por si misma, ya que no le da importancia su persona requiere apoyo para vestirse debido al dolor y a la fatiga.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Su temperatura corporal se encuentra dentro de los parámetros normales con un cifra de 36.5 0c tiene buena adaptación climatologías.

8. NECESIDAD DE HIEGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Se baña cada tercer día, se cepilla los dientes cada 2 días, su piel y sus cabellos son secos, al igual que el cambio de ropa cada tercer día y se lava las manos con más frecuencia.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Se observa triste, se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, reconoce a familiares más cercanos, se preocupa por su casa y su salud.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE

Su lenguaje es organizado, coherente y tranquilo, vive sola en su casa, tiene una hija su relación con ella es buena pero ella refiere con querer vivir con su hija ya que su relación con su yerno es regular, es viuda desde hace 7 años.

11.- NECESIDAD DE VIVIR, SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Lo mas importante para ella es su hija, ya que huérfana de padre y madre desde que nació le enseñaron a ser católica, acude a misa cada 8 días

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

En este caso le gusta dedicarse mas en su hogar aunque ahora no puede realizar actividades por su rodilla. Ya curso hasta sexto año de primaria trabajo durante su vida de secretaria en ayuntamiento y al casarse dedico su vida al hogar, donde le brindaban apoyo económico en su casa era el esposo, el cual ganaba lo mínimo. Pero ahora recibe la ayuda económica de su única hija.

13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Reserva muy poco tiempo para divertirse, sale muy poco de su casa, por las tardes recoge sus cosas en la casa y tiene necesidad de convivir mas con su hija, sin embargo no se puede por que ella trabaja y se aburre a veces.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Se adapta a cualquier conversación, pregunta y escucha con interés, todo lo relacionado de su enfermedad.

6.1 APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICOS (APROBADA POR LA NANDA)

DIAGNOSTICO NO. 1: Necesidad de Hidratación:

Riesgo de deshidratación secundario a infecciones de vías urinarias

Objetivo: Mantendrá piel y mucosas hidratadas, consumirá 1.5 de agua.

Intervenciones:

- ❖ Identificar las causas del déficit y la forma de prevenirlas
- ❖ Establecer conjuntamente un programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de 2 litros de agua., si no esta contraindicado.
- ❖ Administrar los líquidos frecuente y pequeñas cantidades.
- ❖ Orientar sobre las medidas de higiene e hidratación de piel lavado con agua tibia secado sin frotar y la aplicación de crema hidratante no perfumada a base de lanolina si la piel esta seca.
- ❖ Realizar un control de líquidos
- ❖ Valorar diariamente la condición de la piel.

Ejecución: (10 enero 2007)

- ❖ Durante las visitas que se le realiza en su domicilio se le dio conocer la importancia de que tiene que ingerir muchos líquidos.
- ❖ Se le explico en un rotafolio , con dibujos se le enseñó
- ❖ Se realiza la lista de sabores de agua de su preferencia.
- ❖ Se busco un frasco donde cuantificar la orina.
- ❖ Se realizo la hoja de control

Evolución

La Sra. Maria esta en estos momento se cumplió el objetivo y sigue tomando realizando y esta mejor se siente hidratada. **Yolanda santiz**

Diagnostico No: 2 Necesidad de eliminación

Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos manifestado por heces duras.

Objetivos: La usuaria recupera su hábito intestinal normal.

Intervenciones:

- ❖ Estimular la ingesta de líquidos , y dar a conocer la importancia del mismo
- ❖ Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra así como: verduras, frutas hortalizas y cereales.
- ❖ Establecer una pauta por la toma de mínimo de 2 litros por día, si no existen contraindicaciones.
- ❖ Identificar los líquidos de su preferencia.
- ❖ Discutir la eficacia de toma de agua tibia en ayunas.

Fundamentacion científica

- ❖ Un habito normal del intestino se mantiene el aporte de fibra, 6=8 vasos de agua diaria y ejercicios.
- ❖ Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo.
- ❖ Para mantener el hábito intestinal y conseguir una consistencia adecuado de los heces es necesario consumir al menos 2 litros de líquidos al día.
- ❖ Ciertos líquidos actúan como diuréticos como. Cafeína, achocolatadas y zumos de uva.

Ejecución:**10 enero de 2007**

- ❖ Se explico en una lamina la importancia que contiene los líquidos
- ❖ Realizar una lista de alta fibra de alimentos

- ❖ Conjuntamente con el paciente se preparó agua de sabor de su preferencia
- ❖ Ella realizo ejercicios de tomar agua tibia en ayunas de 1-2 vasos todas las mañanas
- ❖ Se le realizo masaje abdominal a nivel intestinal.

Evaluación:

Después de tres semanas se noto la diferencia de las heces de la Sra. María sin molestias aunque para ella fue poco difícil para seguir el plan.

Yolanda santiz Gómez

DIAGNOSTICO NO.3: Necesidad de movimiento

Alteración de la movilidad física relacionado con limitación de habilidad para el movimiento físico manifestado dolor en la rodilla derecha e inflamación.

OBJETIVO: la usuaria expresará su deseo de cooperar en la movilización de acuerdo con sus capacidades.

INTERVENCIONES:

- ❖ Fomentar la motivación de realizar ejercicio y su importancia para el paciente.
- ❖ Elaborar y llevar a cabo conjuntamente un programa de ejercicios físicos activos y pasivos, según sus posibilidades, con el fin mantener o mejorar el tono muscular y la movilidad articular.
- ❖ Proporcionar sistemas de ayuda para la movilización (andador, muletas, bastones).
- ❖ Realizar ejercicios pasivos en la extremidad afectada.
- ❖ Apoyar sobre una almohada para reducir edema
- ❖ Aplicar calor o frío para reducir la inflamación en la rodilla.

❖ Funtamentacion científica:

- ❖ Un programa habitual de ejercicios que abarque la movilización articular, los isométricos y una actividad aeróbica seleccionada puede ayudar a mantener la integridad de función articular.
- ❖ Las ayudas para la marcha deben utilizarse del modo correcto y seguro , para garantizar , su eficacia y prevenir lesiones
- ❖ Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los grupos musculares necesarios para la deambulacion.

- ❖ La movilización pasiva mejora la movilidad articular y circulación.
- ❖ La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardiacas y respiratorias.
- ❖ El precalentamiento con calor local o con un estiramiento suave antes de los ejercicios de fortalecimiento y resistencia prepara gradualmente a los músculos para un trabajo intenso.

EJECUCIÓN: (20 enero 2007)

- ❖ por medio de un rotafolio y dibujos de se le explico la paciente sobre la importancia de levantarse a realizar su ejercicio.
- ❖ Mediante una platica la importancia del uso de bastones y andaderas
- ❖ Se realizo conjuntamente un listado de ejercicios
- ❖ se le pregunto cual le gustaría realizar a que hora "11:00 hrs.

Evaluación:

En este objetivo si se cumplió se la usuario se observa mejor camina bien Sin ayuda de nadie y sigue realizando a veces sus ejercicio anteriores. Esta contenta

Yolanda santiz

Diagnostico No.4

Dolor crónico relacionado con el deterioro de flujo sanguíneo periférico de miembros inferiores.

Objetivo: La usuaria expresará verbalmente la disminución del dolor o desaparición del mismo.

Intervenciones:

- ❖ Permitir la expresión del dolor admitir que es difícil su control y que sus reacciones depresión y fatiga normales
- ❖ Comentarle la importancia de la practica de ejercicios físicos, tales como caminar, moverlos pies de acuerdo a la capacidad del paciente.
- ❖ Determinar un sistema de medición de la intensidad del dolor: escalas numéricas: 1 al 10.
- ❖ Orientar el uso de medias compresivas a la paciente.
- ❖ Elevar los miembros pélvicos a un Angulo de 45° durante 15 minutos por lo menos 2 veces al día.
- ❖ **Fundamentacion científica:**

- ❖ El dolor es una experiencia intensa

Ejecución:

- ❖ La paciente se le dio a conocer por medio de una charla sobre la insuficiencia venosa. Se explico su factor de riesgo y prevención

Evaluación:

Se cumplió satisfactoriamente el objetivo

Diagnostico No.5: necesidad de sueño y descanso

Alteración en el patrón del sueño relacionado con la preocupación de su rodilla y dolor manifestada por dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo: La usuaria recuperará su patrón de sueño habitual

Intervenciones:

- ❖ Establecer y respetar un horario para dormir y descansar; evitar permanecer demasiado tiempo en la cama.
- ❖ Tener en cuenta que las necesidades cambian con la edad; las personas ancianas a menudo se despiertan con frecuencia en las noches.
- ❖ Orientar y llevar a cabo las medidas analgésicas para su patología antes de acostarse.
- ❖ Realizar técnica de relajación y masaje, escuchar música ligera

Fundamentación científica

- ❖ El ciclo de sueño comprende la fase REM, la fase REM y el despertar una persona atraviesa normalmente cuatro y cinco ciclos de sueño completo cada noche.
- ❖ La cantidad de sueño que necesita una persona varía con la edad, estilo de vida y salud, las personas mayores generalmente duermen menos que los jóvenes, el permanecer demasiado tiempo en cama produce sueños ligeros.
- ❖ Un paciente con enfermedad inflamatoria articular a menudo nota agravamiento de los síntomas por la noche

Ejecución:

- ❖ La Sra. Maria se explico la importancia del sueño por medio de una rofotafolio y las fases del sueño
- ❖ Eligio su música que lo quería escuchar
- ❖ En las noches se le daba su masaje

Evaluación:

La paciente ha recuperado su padrón de sueño duerme de 6 horas
Sin levantar y no a tenido dolor.

Diagnostico No 6: Necesidad de higiene y protección de la piel

Déficit de autocuidado (baño e higiene) relacionado con la inmovilidad y dolor la rodilla manifestado por desarreglo personal.

Objetivo: La Sra. María mantendrá y aumentará su nivel de autonomía en la realización de su higiene corporal.

Intervenciones.

- ❖ Determinar conjuntamente las actividades que la persona es capaz de realizar, aquellas para las necesita asistencia.
- ❖ Estimular la participación activa y la pronta recuperación del máximo nivel de autonomía.
- ❖ Programar el baño en caso de dolor en el momento máximo de analgésico

A fin de minimizar las molestias provocadas por la movilización

Fundamentacion científica

- ❖ La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal genera sentimientos de dependencia y autoconcepto bajo. Aumentando la independencia para el cuidado personal se eleva la autoestima

Ejecución:

- ❖ Mediante una charla se le explico la importancia de estar limpios
- ❖ Durante todas las mañana se le dio baño de esponja en su cama

Evaluación:

Se cumpló el objetivo ya se puede bañarse por si sola sin ayuda esta contenta.

Diagnostico No.7: necesidad de actividades recreativas

Déficit de actividades recreativas relacionado con la inmovilidad manifestado por aburrimiento en su casa.

Objetivo: La usuaria expresará su deseo de participar en actividades recreativas adecuadas a su edad y capacidad.

Intervenciones:

- ❖ Identificar conjuntamente con la usuaria de gustos y áreas de interés, así como los recursos humanos y materiales disponibles.
- ❖ Elaborar una lista de actividades entre las que pueda elegir la que le guste
- ❖ Planificar las actividades diarias, intercalando periodos de descansos de acuerdo con las preferencias y nivel de energía del usuario.
- ❖ Evaluar conjunta y periódicamente la adecuación de las actividades elegidas y el grado de distracción y placer que proporciona en caso de no ver resultados cambiarlos o modificarlo de acuerdo a los resultados.

Fundamentacion científica:

Las tareas compatibles con la concentración y el interés de la persona puede aumentar el contacto con la realidad, favorece la relación con los demás y aumenta la autoestima.

VII CONCLUSIONES

- ❖ El proceso es un método sistemático y herramienta muy importante para realizar cualquier proceso de enfermería.
- ❖ Debemos tener los conocimientos básicos del para poder realizar cualquier diagnósticos y planes de acciones sobre nuestro pacientes.
- ❖ Nos permite conocer y identificar las necesidades del paciente

VIII. SUGERENCIAS

- ❖ sugiero que se siga manejando el proceso de enfermería ya que es muy importante tener conocimientos ya que es parte de lo laboral.
- ❖ Que a los alumnos se les enseñe manejar desde el primer año y enseñar tal como se maneja junto con el libro de diagnostico aprobado por la nanda.
- ❖ Contar todos los conocimientos suficientes para realizar un proceso de enfermería así todos egresados de facultad de enfermería saber aplicar en hospitales.

IX. GLOSARIO DE TERMINOS

Estadística: estudio de los datos cuantitativos de la población, de los recursos naturales e industriales, del tráfico o de cualquier otra manifestación de las sociedades humanas. 2. Conjunto de estos datos. 3. Rama de la matemática que utiliza grandes conjuntos de datos numéricos para obtener inferencias basadas en el cálculo de probabilidades.

Objetivo: Adj. perteneciente o relativo al objeto en sí mismo, con independencia de la propia manera de pensar o de sentir, 3. que existe realmente, fuera del sujeto que lo conoce. 4. *MED.* Dicho de un síntoma: que resulta perceptible.

Salud: f. estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. 2. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado²⁸

Proceso. (Del Lat. *processus*). m. acción de ir hacia adelante. 2. Transcurso del tiempo. 3. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial

Entrevista. f. acción y efecto de entrevistar o entrevistarse. |2. Vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en lugar determinado, para tratar o resolver un negocio:

Inspeccionar. (De *inspección*). Examinar, reconocer atentamente

Auscultar. (Del Lat. *auscultāre*). Aplicar el oído a la pared torácica o abdominal, con instrumentos adecuados o sin ellos, a fin de explorar los sonidos o ruidos normales o patológicos producidos en los órganos que las cavidades del pecho o vientre contienen.

Palpación. f. acción y efecto de palpar. |2. *MED.* Método exploratorio que se ejecuta aplicando los dedos o la mano sobre las partes externas del cuerpo o las cavidades accesibles.

Percusión. (Del Lat. *percussio, -ōnis*). f. acción y efecto de percutir.

Etiología. (Estudio sobre las causas de las cosas. 2. *MED.* Estudio de las causas de las enfermedades.

²⁸ Diccionario de mosby (2006)

Síntoma: fenómeno revelador de una enfermedad. 2. Señal, indicio de algo que está sucediendo o va a suceder²⁹

x. ANEXO

Valoración De Enfermería

Valoración De Enfermería De Acuerdo Al Modelo De Virginia Henderson, Basado En Las 14 Necesidades Humanas

Valoración General:

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____

Familiar/Persona Para Contactar _____ Teléfono _____

T/A: _____ Temp: _____ FR: _____

Piel:

Color: Normal _____ Pálida: _____ Cianótica: _____ Otras _____

Edema: Si _____ No _____ Descripción Y Localización _____

Lesiones: Si _____ No _____ Descripción /Localización _____

Prurito: Si _____ No _____ -Descripción Localización _____

Sentidos Corporales: Vista _____ Oído _____ -Olfato _____ Gusto _____ Tacto _____

Enfermedades Graves/Operaciones: Si _____ No _____ Cuales _____

Secuelas Si _____ No _____ Especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso De Alcohol _____ Cafetismo _____ Otras

Sustancias _____

Toxicas _____ Diabetes _____ Hta _____ Alergias _____ Especificar _____

II Valoración Por Necesidades

1. Necesidad De Oxigenación

Respiración: Frecuencia _____ /Minuto

Calidad: Normal _____ Superficial _____ Rápida _____ Otros _____

Ruidos A La Auscultación: Si _____ No: _____ Descripción/Localización _____

Tos: Si _____ No _____ Secreciones: Si _____ No _____ Dolor Al Respirar: Si _____ No _____

Tabaco: Si _____ No _____ Lo Dejo _____ Especificar Fecha _____

²⁹ Microsoft Encarta (2007). "Microsoft corporación". reservado

derechos.

Consumo:>De 1 Paquete Al Día_____ 1_2paquetes Al Día_____
 De 2 Paquetes Al Día_____

Otras Drogas: Si _____ No _____ Tipo _____ Uso _____

¿Tiene Alguna Alérgica Respiratoria? Si _____ No _____ ¿Que Tipo? _____

T.A _____ Fc. _____ Pulso Fuerte _____ Débil _____ Regular _____ Irregular _____

2. Necesidad De Nutrición E Hidratación

Peso _____ Talla _____

Ingesta Habitual:

Desayuno _____

Comida _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta Especial: Si _____ No _____ Tipo De Dieta _____

Ingesta De Líquidos >De 1 Litro/Día _____ 1-2 Litros/Día _____ < De 2 Litros/Día _____

Intolerancia A Os Alimentos Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

Apetito:

Normal _____ Diminuido _____ Aumentado _____ Nauseas _____

Fluctuación De Peso (Últimos 6 Meses: Si _____ No _____ Kg.

Perdidos/Ganados _____

Problemas De:

Masticación: Si _____ No _____ Uso De Prótesis Dental: si _____ No _____ Digestión _____

Si _____ No _____ Tipo De Gases _____ Ardor _____ Pesadez _____ Dolor _____ Otros _____

Prótesis Dental Si _____ No _____ Superior _____ Inferior _____

¿La Piel Esta Hidratada? (Cuando Pellizca La Marca Dura Un Rato)

Si _____ No _____

¿Come Entre comidas? Rara vez _____ Con Frecuencia _____

Siempre _____

¿Necesita Ayuda? Preparar La Comida _____ Comer _____ Torcer Alimentos _____

3. Necesidad De Eliminación

Intestinal:

Frecuencia _____

Presenta: Estreñimiento _____ -Diarrea _____ Incontinencia _____

Ostomia: Si _____ No _____ Tipo _____ Auto Cuidado: Si _____ No _____

Problemas De Hemorroides _____ Sangrado _____ Heces Negras _____ Otros _____

Uso De Laxantes Rutinas: Si _____ No _____ Ayudas Empleadas _____

Urinarias:

Frecuencia: _____

Disuria _____ Nicturia _____ Retención _____ Incontinencia _____ Pañal _____

Color: Amarillo Claro _____ Amarillo Oscuro _____ Naranja _____ Rojo _____
 ¿Ha Sufrido Alguna Enfermedad Urinaria? Si _____ No _____
 ¿Cual? _____ Sonda Vesical: Si _____ No _____ Fecha De Ultima Sondaje: _____

Cutánea:

Sudoración Cutánea: Si _____ No _____ Sudoración Profusa: Si _____ No _____
 Menstruación: Regular _____ Irregular _____ Abundante _____ Dolorosa _____
 Secreciones Vaginales: Aspecto _____ ¿Son Abundantes? Si _____ No _____
 Tiene Molestias (Dentro Fuera De La Menstruación) Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

4. Necesidad De Moverse Y Mantener Una Buena Postura

Expresión Facial: Adecuado _____ Alerta _____ Inexpresivo _____ Hostil _____
 Comportamiento Motor: Inhibición _____ Agitación _____ Temblores _____
 Rigidez _____ Incoordinación _____ Inquietud _____ Tic _____

Postura: Erecto _____ Decaído _____
 Modo De Caminar: Normal _____ -Acelerado _____ Temblante _____ Lento _____
 Limitaciones Físicas: Temporales _____ Permanentes _____ ¿Cuales? _____
 Aparatos De Ayuda: Ninguno _____ Bastón _____ Muletas _____ Andador _____
 Vértigo: Si _____ No _____ ¿Tiene Rigidez O Dolor Articular?
 Sí _____ No _____
 ¿Hace Ejercicio: Si _____ No _____ Tipo _____
 ¿Cuánto Tiempo? _____ ¿Practica Algún Deporte? Si _____ No _____
 ¿Cual? _____

5. Necesidad De Descanso Y Sueño

Horas De Sueño _____ Otros Descansos _____
 Problemas De Sueño:
 Al Inicio _____ Interrumpido _____ (No De Veces) _____ Despertar Temprano _____
 Sueño Excesivo _____ Pesadillas _____ Tipo _____
 Sensación Después De Dormir: Descansado _____ Cansado _____ Confuso _____
 Factores Que Afecta El Sueño: _____
 Ayuda Para Favorecer El Sueño: Lectura _____ Baño _____ Fármacos _____ Otros _____

6. Necesidad De Vestirse Y Desnudarse

¿Es Capaz De Vestir Por Si Misma? Si _____ No _____ Con Limitaciones _____
 Alergias A Determinados Tejidos: Si _____ No _____ ¿Cuales? _____
 ¿Qué Importancia Le Da Su Aspecto? Poca _____ Bastante _____ Mucha _____
 ¿Su Forma De Vestir Es Adecuada Al Lugar, Estación, Y Circunstancias?
 Si _____ No _____ Otros Interés _____

7. Necesidad De Termorregulación:

Temperatura Corporal:

Normal_____ Hipotermia_____ Hipertermia_____

Sudoración Cutánea: Si_____ No_____ ¿Están Fríos Sus Pies Y Mano?__ No_____

Si Fuera Necesario Seria Capaz Usted Mismo De Medirse La Temperatura:

Si_____ No_____

8. Necesidad De Higiene Y Protección De La Piel

Hábitos De Higiene Corporal: Baño_____ Ducha_____ Frecuencia_____

Cepillado De Dientes: Si_____ No_____ Frecuencia_____

Autónomo: Si_____ No_____ Necesita Ayuda: Si_____ No_____ Especificar_____

Descuidado En Cabellos_____ Dientes_____ Uñas_____

¿Ha Notado Alguna Lesión Descríbalo_____

Sus Cabellos Son: Secos_____ Grasos_____ Se Rompen Con Facilidad_____

¿Tiene Alguna Tendencia A Perder El Pelo? si_____ No_____

9. Necesidad De Evitar Peligros

Niveles De Conciencia Y Actitud Frente Al Entorno:

Somnoliento_____ Confuso_____ Apatico_____ Hipervigilante_____

Distraído_____ Fluctuante_____ No Responde A Estímulos_____

Solo Sigue Instrucciones_____

Orientación Espacio- Tiempo-Lugar

Tiempo:(Estación, Día, Mes, Año) Especificar_____

Espacie:(País, Provincia, Ciudad, Recinto, Sala) Especificar_____

Persona:(Reconoce Personas Significativas) Especificar_____

Alteraciones Perceptivas:

Auditivas_____ Tipo_____

Visuales_____ Tipo_____

Táctiles_____ Tipo_____

Olfativas_____ Tipo_____

Localizaciones De La Percepción: Interna_____ Externa_____

Auto Descripción De Si Misma:

Alegre_____ Triste_____ Confiado_____ Desconfiado_____ Timido_____ Inquieto_____

Sobre Valoración De Logros_____ Exagera Errores_____ Infravaloración_____

Auto Evaluación General Y Competencia General: Positiva_____ Negativa_____

Sentimientos De Respeto A Ello: Inferioridad_____ Superioridad_____ Tristeza_____

Culpabilidad_____ Inutilidad_____ Impotencia_____ Ansiedad_____

Miedo_____ Rabia_____ Depresión_____ Otros_____

Alergia A Alguna Sustancias O Medicamento Si_____ No_____ ¿Cual?_____

El Estado De La Persona Puede Sustituir Un Peligro Para El O Para Otra Persona

Si_____ No_____ Especificar_____

Precauciones: Mas Vigilancia _____ Poner Barandillas _____

10. Necesidad Comunicarse Y Sexualidad

Organización Del Pensamiento _Lenguaje
 Contenido: Coherente Y Organizado _____ Distorsionado _____
 Descripción De La Alteración _____

Curso De Pensamiento:
 Inhibido _____ Acelerado _____ Perseverancia _____ Incoherencia _____
 Desorganizado _____
 Formas De Expresión:
 Claro _____ Organizado _____ Coherente _____ Confuso _____
 Desorganizado _____ Incoherente _____ Tartamudeo _____ Autista _____

Humor:
 Deprimido _____ Euforico _____ Ansioso _____ Triste _____ Fluctuante _____
 Apático _____ Otros _____

Lenguaje:
 Velocidad: Rápido _____ Lento _____ Paroxístico _____
 Cantidad: Abundante _____ Escaso _____ Lacónico _____ Verborreico _____
 Tono Y Modelación: Alterado _____ Tranquilo _____ Hostil _____

Vive: Solo _____ Acompañado _____ Lugar Que Ocupa En La Familia _____
 Personas Mas Significativas _____
 Principal Confidente _____
 Personas Que Se Relacionan Diario _____
 Su Relación Es: Satisfactoria _____ Insatisfactoria _____ Indiferente _____
 Tiempo Que Pasa Solo Y Porque: _____
 Sexualidad: Ultima Regla _____ Anticoncepción: Si _____ No _____ Método _____
 Cambios Perdidos En A Las Relaciones Sexuales: Si _____ No _____ Motivos _____
 No De Embarazos _____ Realiza Auto Examen: Si _____ No _____

11. Necesidad De Vivir Según Sus Creencias Y Valores

¿Qué Lo Mas Importante Para Usted En Si Vida? _____
 Religión: Católica _____ Protestante _____ Judía _____ Otro _____
 Desea Realizar Practicas Religiosas: Si _____ No _____ ¿Visita Al
 Capellán? _____
 En Caso De No Poder Tomar Decisiones ¿Que Persona Le Gustaría Que Lo
 Hiciera Por
 Usted? _____

12. Necesidad De Trabajar Y Realizarse

Su Estado De Salud Le Impide Hacer Lo Que Le Gustaría: Si _____ No _____

Explique. _____
 Problemas: Laborales: Si _____ No _____ ¿Cuales? _____
 Tiempo Dedicado Al Trabajo _____ Tiempo Dedicado Al Ocio _____
 Capacidad De Decisión: Si _____ No _____ Resolución De Problemas
 Si _____ No _____
 Grado De Incapacidad Personal Atribuido _____

13. Necesidad De Jugar Y Participar En Actividades Recreativas

¿Reserva Algún Tiempo Ara Divertirse? Poco _____ Mucho _____ Suficiente _____
 ¿Cuál Es Diversión Preferida ¿ _____
 Pérdida De Interés Por Actividades Recreativas: Si _____ No _____
 Cambios En Las Habilidades O Funciones Físicas Corporales _____

14. Necesidad De Aprendizaje

Alteración En La Memoria: Reciente _____ Remota _____
 Inteligencia General: Adaptado Al Momento _____
 Comportamientos Indicativos De Interés En El Aprendizaje:
 Pregunta _____ Escucha _____ Interes _____ Desinteres _____ Propone alternativa
 S _____
 ¿Conoce Usted El Motivo De Su Hospitalización ¿ No _____ Cual Es _____
 ¿Hay Algo Que Usted Desearía Saber Sobre El Medio Hospitalario En El Que
 Se Encuentra? _____

X.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Potter, Perry (2002) "fundamentos de enfermería" edición V Vol. editorial edide Pág. 301,302
- 2.- Mark h.beers (2000) "manual de Merck Vol. Editorial océano Pág.: 441
- 3.-Harrison, Brauwal "2002" "medicina interna" vol: II edición: 14ª Pág.: 1755
- 4.-Harrison "2003" "principio de medicina interna" Vol. II edición: 15ª Pág.2324
- 5.-Joan luckman, MA .RN (2000)" cuidados de enfermería "Vol.: II mcgraw ,Hill interamericana Pág.:1552
- 6.-Bennett, plum "2003" tratado de medicina interna" Vol. I edición: 20ª Pág.1752
- 7.-Página de Internet. WWW. Google. Mx "Estadísticos de nivel mundial de Osteoartritis"
- 8.- Pagina de Internet .WWW. Yahoo. Mx. "Estadísticos de nivel nacional de Osteoartritis"
- 9-Datos obtenidos en los diferentes hospitales de "Vasco de Quiroga" (ISSSTE), Av. Madero hospital (IIMSS), hospital "Dr. Miguel Silva (civil) porcentajes de osteoartritis en Morelia, mich.
- 10-Manual de enfermería "teorías y modelos "de licenciatura en enfermería
- 11.-Ann Marriner, Tomey Phd (2003) "Modelos y Teorías" edición: 5ª Vol. Editorial. Pág.: 98- 107
- 12.-Rosales, Reyes (2004) fundamentos de enfermería edición: 3ª editorial: manual moderno Pág.:227_ 245
- 13.-Potter, Perry (2002) "fundamentos de enfermería" edición V Vol. II editorial Pág. 304-306
- 14.-Lynda Juanll (2002) "carpenito"Edición: 9ª editorial: mcgraw._Hill interamericana Pág.: 450
- 15.- L. Delgado Ma. Elena (2000). "El proceso de enfermería metodología para la práctica profesional". Vol.: I edición. Pág. 87, 88,89 y 90

16. - P.w. Iyer, B.J. Taptich. (2002). "Proceso y diagnostico de enfermería", Vol. 2 edición 3ª, editorial McGRAW- HILL, Págs. 9, 10 ,11
- 17.-S. Rodríguez Berta A. (2006). Proceso Enfermero Aplicación Actual. Vol.:1 edición: Editorial: Cuellar. Págs.73, 75, 82,83
- 18.-Bárbara kossier, Glenora erb (2004) "Fundamentos de Enfermería" conceptos, procesos, practica edición 7 Vol. II editorial. Pág. 507
- 19.- Mark, Beers (2000) "enciclopedia de merk" Vol. II editorial océano Pág. 441
- 20.-J.luckman, Ma. Rn (2001) "cuidados de enfermería" Vol.: I editorial: interamericana Pág.: 1552
- 21.-Harrison, Brauwal (2003) "Principio de medicina interna" edición 15ª Vol. editorial mcgraw_hill interamericana Pág.: 2323-2324.
- 22.-Beare/ Myers (2000) "enfermería principios y practica" vol: III edición: editorial: panamericana Pág.: 1209
- 23.-Lawrence M. Tierner, Jr. Stephen "2005" "Diagnósticos clínico y Tratamiento" manual moderno, Edición 40ª Pág.:774, 781,794
- 24.-Pagina de Internet "WWW. Google" localizaciones de osteoartritis y anatomía
- 25.-Carlos gispert (2001) "enciclopedia de enfermería" edición Vol. III editorial: océano centrium Pág.:408-410¹
- 26 Bennett, plum "2003" tratado de medicina interna" Vol. 1 edición: 20ª Pág.1753
- 27.-Diccionario de mosby (2006) Pág.: 445
- 29.-Microsoft Encarta (2007). "Microsoft corporación". Reservado