

70



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
MUJER ADULTA CON DESCALCIFICACIÓN ÓSEA
BAJO EL ESQUEMA TEORICO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :

ESTRADA ROBERT ERIKA MIRIAM

No. Cuenta: 9005145 – 2

DIRECTORA DE TRABAJO

LEO. BERTHA ESTRELLA ALVAREZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL 2001



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Trabajo Social



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A MIS PADRES

*HOY ES UN GRAN DÍA, HOY TERMINA
UNA LARGA JORNADA DE SACRIFICIOS Y
DESVELOS, HOY QUIERO QUE SEPAN QUE MI
PRINCIPAL MOTIVACIÓN A LO LARGO DE TODO
ESTE TIEMPO HAN SIDO USTEDES, QUE CONFIZARON
EN MI Y ME ACENTARON A SEGUIR ADELANTE .*

*MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO Y POR SER
UNOS PADRES MARAVILLOSOS .*

GRACIAS

SU HIJA QUE LOS QUIERE

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres por guiarme durante todos estos años, por su apoyo y comprensión, sobre todo a mi mama por impulsarme a finalizar mi carrera.

A mis hermanas por su amor y ayuda incondicional. Las quiero.

A mis amigas que siempre están ahí cuando las necesito, en las buenas y malas, saben que cuentan conmigo.

A la profesora Bertha Estrella por la paciencia y dedicación para cada uno de nosotros durante el desarrollo de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	i
I. OBJETIVOS.....	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. METODOLOGÍA	4
IV. MARCO TEÓRICO	5
4.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO	5
4.2 CUIDADO DE ENFERMERÍA	6
4.3 METAPARADIGMA	7
4.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA. ...	8
4.5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	9
4.6 FILOSOFÍA DE LAS NECESIDADES.....	10
4.7 PROCESO DE ENFERMERÍA	12
4.7.1 ANTECEDENTES	12
4.7.2 ETAPAS DEL PROCESO	14
4.8 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MADURO .	27
V. RESUMEN VALORATIVO	29
VI. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	33
VII. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES	35
VIII. PLAN DE CUIDADOS	37
IX. REGISTRO DE LOS CUIDADOS	45
X. PLAN DE ALTA	49
XI. CONCLUSIONES	50
XII. SUGERENCIAS	52
XIII. GLOSARIO	53
XIV. BIBLIOGRAFÍA	54
XV. ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

El Profesional de Enfermería tiene como finalidad el de proporcionar Cuidados al ser humano ya sea individual o en grupo estando o no enfermo, tomando en cuenta no solo lo físico y lo mental, si no ir más allá de su entorno social, de lo que lo rodea, si no acercarnos a su espíritu, a su alma; ver al individuo como un ser completo, indivisible.

También para ser todo un Profesional además de tener conocimientos teóricos obtenidos durante su formación académica y la práctica tanto comunitaria como individual, requiere una actualización conforme avanza la ciencia y al ir adquiriendo nuevos conocimientos, los podrá poner en práctica para ir perfeccionando los cuidados o actividades propias de Enfermería con el objeto de dar una atención con calidad.

Es por eso que se desarrollo este trabajo integrando todo lo anterior, esto con el fin de tener a nuestro alcance instrumentos que nos sirvan de apoyo para llevar a cabo adecuadamente nuestras acciones y tener una base con la cual podamos desarrollarnos profesionalmente en todos los aspectos.

Por lo que el realizar este Proceso de Enfermería basándonos en las 14 Necesidades de la Teoría de Virginia Henderson y aplicarlo a una Cliente adulta con diversas necesidades detectadas ha sido más que un reto; es una oportunidad para darme cuenta de mis capacidades y saber en que áreas ampliar mis conocimientos e investigar más con el objetivo de llevarlos a la práctica y poder realizarme como toda una Profesional de Enfermería.

Este Proceso de Enfermería basado en lo que ya se menciono anteriormente, se menciona también las etapas del Proceso de Enfermería, describiendo cada una de ellas.

Este trabajo se le realizó a una mujer adulta con Descalcificación ósea, entre otras necesidades y/o problemas detectados durante la realización del mismo.

I. OBJETIVOS

Objetivo General : Realizar un Proceso de Enfermería a una paciente con Descalcificación Ósea con la finalidad de apoyar sus necesidades mediante la realización de una investigación directa y mejorar su condición de vida.

Objetivo Específico : Identificar las necesidades y/o problemas del paciente mediante las etapas del Proceso de Enfermería:

Se recopilará información de la paciente mediante la aplicación de un cuestionario y la observación, posteriormente se examinará con el fin de definir el estado de salud de la paciente con descalcificación ósea y describir sus capacidades y problemas.

Se determinará y diagnosticará los problemas de salud reales y potenciales que presenta el paciente los cuales pueden resolverse mediante los cuidados de Enfermería y los que requerirán del apoyo de otros profesionales de salud.

Se planificará y desarrollará un plan de actividades que reducirá los problemas detectados, estableciendo prioridades junto con el paciente decidiendo en conjunto las actividades a realizar.

Se ejecutará las actividades que se planificaron así mismo se valorará la respuesta de la paciente ante estas, así como anotar los cambios que se observen.

Evaluaremos si el plan ha resultado o hay que hacer cambios, por parte de la enfermera y la paciente.

Objetivos particulares :

Realizar un proceso de Enfermería con el propósito de presentarlo y así lograr la titulación como Licenciado de Enfermería y Obstetricia.

Aplicar los conocimientos acerca de este padecimiento y consecuencias que puede ocasionar.

Planificar adecuadamente cada una de las acciones de Enfermería que le proporcionare al cliente con el propósito de coadyuvar en una mejor condición de vida.

II. JUSTIFICACIÓN

El padecimiento de la descalcificación ósea afecta a la mujer adulta a partir de los 40 años o antes ,si no se detecta a tiempo avanzará a tal grado hasta llegar a la osteoporosis y si a esto le añadimos una vida sedentaria , la obesidad o aumento de peso, la mujer tendrá mayor riesgo de sufrir fracturas , la más importante y que puede ocasionarle hasta la muerte, es la fractura en cadera.

Existen varios factores los cuales llevan a padecerlo tales como una alimentación pobre en minerales principalmente de calcio y fósforo; por la edad ya que el sistema óseo se va degenerando y por último el climaterio en el cual interviene la menopausia y posmenopausia en la cual existe un aceleramiento en la pérdida de masa ósea.

Es por esto que elegí a una mujer con este problema con el fin de explicarle e informarle acerca de este padecimiento y posteriormente diseñar según el caso, actividades junto con la persona y así proporcionarle los cuidados necesarios con la finalidad de aminorar las afecciones que le provoca este padecimiento y pueda continuar con sus actividades cotidianas y por ende tenga una mejor calidad de vida.

Estos conocimientos llevan al Profesional de Enfermería a mejorar los cuidados y sobre todo tener un conocimiento más cercano acerca del padecimiento de descalcificación ósea y por ello la realización y justificación de este trabajo.

III. METODOLOGÍA

El presente Proceso de Enfermería se aplicó a una mujer adulta con descalcificación ósea, en primer lugar se buscó y revisó bibliografía existente acerca del caso y posteriormente se realizaron anotaciones, así mismo se utilizaron otros instrumentos para desarrollar el marco teórico.

Este Proceso de Enfermería fue aplicado en el hogar de la paciente y en el entorno de la misma, se realizó en el D.F. en el mes de julio del 9 al 20 del 2001, de lunes a viernes, trabajando 3 horas diarias de 9:00 a las 12:00, a partir del primer día se seleccionó a la persona, aceptando esta, a colaborar a desarrollar este trabajo, en el último día se observó que junto con el apoyo de todos los integrantes de su familia podía seguir adelante sola.

Durante este periodo nos permitió conocer la estrecha relación familiar que existe, esto facilitó la elaboración de los cuidados, así como su aplicación y la evaluación de los resultados obtenidos, también se les explicó la importancia de continuar con los cuidados durante el desarrollo de este Proceso de Enfermería y al término del mismo.

La comunicación que se estableció fue de manera verbal y escrita dentro de la realización del Proceso de Enfermería para que se pudiera realizar la evaluación del mismo, de tal forma que nos permita o no modificarlo durante su realización.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO

El arte de cuidar comienza desde tiempos remotos desde la época en donde por primera vez aparecen los hombres y mujeres, inicia con la preocupación de cómo mantener la vida en general.

Esto abarca no solo el hecho de mantener a la especie humana, sino, a todo lo que lo rodea; el suministro de alimentos, el cuidar a los animales, buscar lugares y cubrirse la piel con pieles de animales para protegerse del frío o del calor y mantener día a día el fuego, pero todas estas funciones tuvieron que dividirse entre los dos sexos; esto aun se ve en nuestro días; en la actualidad hay funciones específicas para el hombre y la mujer.

Por lo tanto, cuidar es, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida (1), satisfaciendo estas necesidades da lugar a crear hábitos de vida, prácticas, costumbres, esto generará ritos y creencias y estos se llevarán a cabo ya sea más por los hombres o por las mujeres.

Con todo esto comienzan a darse cuenta de que existe el bien y el mal, la salud y la enfermedad, por lo tanto, comienzan a hacer ritos para alejar esa entidad maligna y el encargado de llevar a cabo estos rituales fue, primero el Chaman y posteriormente el sacerdote, este último es el mediador entre estas dos fuerzas: bien y mal y tiene el poder de señalar o erradicar de su comunidad a un individuo que tenga el mal .

Finalmente con el progreso de la especie humana da lugar a los médicos los cuales identificarán los signos y síntomas del mal que aqueja al ser humano.

1 COLLIERE Marie Françoise. Encontrar El Sentido Original de los Cuidados Enfermeros.
_Ed: Interamericana – Mc. Graw Hill. Barcelona. 1993 pag 5 – 17.

4.2 CUIDADO DE ENFERMERIA

Entendemos que **CUIDADO** es un acto vida, representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que continúe y se reproduzca.

Con lo anterior podemos decir que los Cuidados de Enfermería es, un conjunto de acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades que presente el individuo sano o enfermo durante toda su vida.

Nosotros al nacer necesitamos de cuidados ya que por si mismos no podemos satisfacer nuestras necesidades esenciales como el alimentarnos, vestirnos, eliminar, etc. y al ir creciendo adquirimos independencia y es el momento en que podemos satisfacerlas, en lo posible; además tendremos la capacidad de proporcionar cuidados a las demás personas que lo requieran ya sea porque aun no tiene la edad suficiente para proveerse de esos cuidados o ha perdido funciones o capacidades para cuidarse a si mismo (1).

1 COLLIERE Marie Françoise. Encontrar El Sentido Original de los Cuidados Enfermeros.
_Ed: Interamericana – Mc. Graw Hill. Barcelona. 1993 pag 5 – 17.

4.3 METAPARADIGMA

Es un componente muy abstracto, el cual no se puede palpar de la estructura jerárquica del conocimiento de la Profesión de Enfermería, trata de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

Según Fawcett su función es la identificación del campo de estudio en donde se requiere que sus conceptos y sus relaciones entre si tengan una perspectiva única y diferenciada y a la vez abarque todo lo que encierra una disciplina haciéndolo neutral.

Los elementos que integran al Metaparadigma o mejor dicho, los fenómenos de estudio son:

PERSONA.- Es un ser entero, único, indisociable de su universo; es la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, es biopsico - socio – cultural – espiritual (3).
Todo lo anterior incluye al individuo, a la familia y comunidad(2).

ENTORNO.- Es un elemento separado de la persona; este es físico, social, político, histórico, cultural y es hostil para el ser humano (3).

SALUD .- Es un equilibrio deseable, es positivo, mientras que la enfermedad es negativa. La salud es ausencia de enfermedad, son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción (3).

ENFERMERIA-CUIDADO.- Es un arte, ciencia que requiere una formación formal; está enfocado hacia los problemas, déficit o incapacidades que tiene una persona sana o enferma.

Sus intervenciones consiste en eliminar, los problemas, cubrir sus necesidades y va dirigido a mantener la salud de la persona en todas las dimensiones ya sea física , mental, social, espiritual, etc..(3).

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.

_Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición.

Ed. Madrid, 1999. pag. 52-53.

3 Francine Major. Proceso de Enfermería.

4.4 CONCEPTO DE ENFERMERIA

Para Virginia Henderson la función propia de la **Enfermería** es ayudar al individuo sano o enfermo para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) ; tareas que realizaría él por si mismo, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlos a cabo lo más pronto posible(4).

Por lo tanto se conceptualiza a :

Enfermería como un profesional ante todo, ya que tiene conocimientos científicos los cuales utiliza para proporcionar cuidados, sabiendo de antemano el porque y el resultado que obtendría, a individuos, familia o comunidad, estando o no enfermos, con esto logrará que mantenga o mejore su estado holístico o lo recupere en un tiempo determinado, mediante las acciones de calidad proporcionadas por la Enfermera o Enfermero, las cuales estarán dirigidas a un problema en específico o a satisfacer las necesidades que estén descubiertas.

4 MARRINER, Tomey Ann. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería.
_____. Ed. Doyma 1996. ed. Madrid. Pag.102 –111.

4.5 TEORIA DE HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City ,Missouri , pero paso su infancia y adolescencia en Washington, D.C.

Durante la primera guerra mundial, desarrolló su interés por la Enfermería y en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington, D.C. graduándose en 1921.

En 1922 inició su actividad como profesora de Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, Washington, D.C.

En 1926 ingresó en el Teacher's Collage de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos B.S y M.A. en formación de Enfermería; en ese mismo año trabaja como supervisora de Enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester N.Y.

Vuelve al Teacher's Collage en 1930 como miembro de la Facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico de Enfermería y sobre el ejercicio Profesional hasta 1948.

Henderson publicó por primera vez su definición de la Enfermería en la revisión que en 1955 hizo con Harmer de la obra *The Principles and Practice of Nursing*(4,5).

4 MARRINER, Tomey Ann. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería.
Ed. Doyma 1996. ed. Madrid. Pag.102 -111.

5 WESLEY R.L. Teorías y Modelos de Enfermería.
Ed. Mc. Graw Hill – Interamericana. 2da. Edición .
ed. México 1997. pag 24-27.

4.6 FILOSOFÍA DE LAS NECESIDADES

Henderson conceptualiza al individuo como objeto de los Cuidados, cada persona o individuo es un ser único, está integrado por partes, que están interrelacionadas como son: las biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales; son 14 necesidades que deben ser satisfechas para que el individuo mantenga un equilibrio en su bienestar.

Las necesidades son:

1. **De Oxigenación**: Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno necesario para la vida celular y eliminar gas carbónico; las vías respiratorias permeables permiten satisfacerla.
2. **De Nutrición e Hidratación**: Es necesario para todo organismo el ingerir y absorber alimentos en calidad y cantidad suficiente para que tenga un buen crecimiento, desarrollo y mantenga un adecuado funcionamiento de los tejidos.
3. **De Eliminación**: El organismo necesita eliminar sustancias que ya no aprovecha o que pueden perjudicarlo, esto a través de la orina, heces, sudor, espiración, etc.
4. **De Moverse y Mantener una buena postura**: El estar en movimiento, moviendo cada una de las partes del cuerpo, permite que se lleven a cabo diferentes funciones del organismo como el tener una adecuada circulación sanguínea, peristalsis, etc.
5. **De Descanso y Sueño**: Al dormir y descansar en condiciones y tiempo adecuados se logra un mejor rendimiento del organismo en todos los ámbitos.
6. **De Usar Prendas de vestir adecuadas**: El usar prendas de acuerdo a las diferentes actividades que realiza el ser humano, así como en sus costumbres, religión, status social, para protegerse del clima, etc., debe ser cómoda y permitirle libre movimiento.

7. **De Termorregulación:** El ser humano debe mantener una temperatura corporal adecuada esto es de 36.1 a 38 *C.
8. **De Higiene y Protección de la Piel:** El tener un cuerpo aseado, apariencia pulcra y piel cuidada(hidratada y lubricada) esto evitará la entrada de un microorganismo patógeno y será mejor aceptado ante los demás.
9. **De Evitar Peligros:** Los peligros pueden ser agresiones ya sea interno o externo y al evitarlos protegerá su estado bio-psicológico.
10. **De Comunicarse:** El tener una adecuada comunicación verbal y no verbal con los demás de su género le permite expresar sus sentimientos y opiniones de todo lo que le rodea.
11. **De Vivir Según sus Creencias y Valores:** El ser humano continuamente está en contacto con los demás integrantes de su comunidad, con un ser superior o con la vida cósmica, expresa ante estos, sus propias creencias y valores que ha adquirido a través de su vida y esto le permite realizarse y desarrollar mejor su personalidad.
12. **De Trabajar y Realizarse:** El realizar actividades le permite al individuo satisfacer sus necesidades económicas, de desarrollo y de servir o ser útil ante los demás y sentirse pleno en todos los aspectos.
13. **De Jugar o Participar en Actividades Recreativas:** Al divertirse con algo agradable, al individuo le permite un descanso tanto físico como psicológico. ejemplo: stress.
14. **De Aprendizaje:** Al adquirir conocimientos o habilidades sobre algo en específico, puede cambiar o modificar acciones que le permitan desarrollarse mejor o mantener su salud(6,7).

6 FERNANDEZ Ferrin Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.
Ed. Masson Salvat. ed. Barcelona 1995.

7 RIOPELLE L. Grondin. Cuidados de Enfermería, Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona.
Ed. Mc. Graw Hill – Interamericana. ed. Madrid 1993, Revisión 1997. pag 1 – 73, 357.

4.7 PROCESO DE ENFERMERIA

Es un método científico que permite analizar a un individuo sano o enfermo y descubrir sus necesidades insatisfechas, crear o realizar a través de las acciones de Enfermería o cuidados específicos con el fin de tener como resultado el bienestar holístico de la persona.

Este Proceso de Enfermería se conforma de 5 etapas que son:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico
- 3) Planeación
- 4) Ejecución
- 5) Evaluación

Las cuales están estrechamente relacionadas entre sí y cada una depende de la precisión de la etapa que le antecede.

4.7.1 ANTECEDENTES

En los años 50's en nuestro país comenzó a tomar una mayor importancia el Proceso de Enfermería ya que en Norteamérica estaba bien definida.

La primera vez que se mencionó fue en 1955 por Lidia May, en una de sus conferencias en N. Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria⁽²⁾ en donde afirmó "La Asistencia Sanitaria es un Proceso" y definió como preposiciones esenciales: "la asistencia sanitaria a el Paciente, para el Paciente y con el Paciente".

De igual forma J. Orlando en su obra publicada en los comienzos de los 60's presentó el Proceso de Enfermería como la identificación de la realización de las actividades sanitarias, fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la asistencia sanitaria.

Fue hasta 1966 cuando Lovis Knowles presentó un modelo con las actividades que realizaría el Profesional de Enfermería sugiriendo las siguientes actividades:

1. Descubrir .-Enfermería se informa acerca de algo no conocido, al obtenerla se utiliza para dar un mejor servicio al paciente.
2. Investigar .-Se informa lo más que pueda el profesional de enfermería de todas las fuentes posibles para la obtención de datos del individuo.

² Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.

__Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición.

Ed. Madrid, 1999. pag 127

3. Decidir .-Enfermería planea el procedimiento a seguir tomando en cuenta todos los problemas que presenta el paciente y decide la mejor forma para afrontarlos.

4. Actuar .- El profesional de Enfermería lleva a la práctica su plan.

5. Discriminar .-Enfermería da prioridad mediante su evaluación de los problemas y las necesidades del paciente.

Estas fases no son idénticas a como las conocemos hoy en día, pero fueron determinantes para su conformación.

Un comité de Norteamérica definió el Proceso de Enfermería como “La relación que se establece entre un paciente y una Enfermera, en un determinado medio ambiente, incluye esquemas de comportamiento, acción del paciente y la Enfermera, y la interacción resultante”.

Las fases que propusieron fueron: Percepción, Comunicación, Interpretación, Intervención y Evaluación.

En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del Proceso de Enfermería:

Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Algunos autores establecieron las cinco etapas actuales, al incluir la etapa de Diagnóstico.

4.7.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

A continuación se mencionaran las 5 etapas :

VALORACIÓN

Se define como el acto de revisar una situación en especial acerca de los problemas de un individuo sano o enfermo, con el fin de dar un diagnóstico.

Es un Proceso organizado, sistemático y deliberado para recopilar la mayor cantidad de datos a través de diversas fuentes incluyendo al propio individuo como fuente principal; a la familiar, expediente clínico u otra persona que de atención a la persona; como fuentes secundarias tenemos a las revistas, documentos profesionales y textos como referencia.

Por lo tanto esta fase debe proporcionar una base sólida, tiene que ser exacta y completa(2,8).

Es importante seguir un orden en la valoración, de tal manera que el Profesional de Enfermería no olvide ningún dato y obtener la mayor cantidad de información en un determinado tiempo.

Este sistema puede basarse en los siguientes criterios:

*Valoración siguiendo el orden de la exploración céfalo-caudal, comenzando por el aspecto general, desde la cabeza hasta extremidades inferiores, dejando al final la espalda (8).

*Valoración por sistemas y aparatos, en el se valora el aspecto general y las constantes vitales, por consiguiente por aparatos y sistemas de manera independiente.

*Valoración por patrones funcionales de salud; la información o datos dados por el individuo expresa los hábitos y costumbres de él y la familia y esto conlleva a determinar ya sea un funcionamiento positivo, alterado o este en situación de riesgo respecto a su salud.

Tipos de Datos a Recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, en cuanto a su estado de salud o las respuestas del paciente en cuanto a su estado de salud.

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.
_Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición Ed. Madrid, 1999. pag132.
8 UNAM-ENE0 El Proceso de Enfermería, Seminario- Taller. Mayo 2001.

Los Tipos de Datos son:

Datos Subjetivos.- No se pueden medir y son propios del paciente, es lo que la persona dice que siente o percibe, él solo puede describirlos.

Datos Objetivos.- Son medibles por cualquier escala o instrumento, ejemplo: los signos vitales, somatometría, etc.

Datos Históricos o Antecedentes.- Son los que han ocurrido con anterioridad y pueden ser de otras hospitalizaciones previas, enfermedades, etc.

Datos Actuales.- Son datos sobre su problema o padecimiento actual.

Para la obtención de datos fidedignos de un individuo durante su evaluación, existen 3 instrumentos importantes y son: La Entrevista, Observación y la Exploración Física.

Estos Instrumentos ayudan a que se de un mejor diagnóstico de Enfermería y se planifique adecuadamente los cuidados (2).

Entrevista Clínica

Al realizar esta entrevista se obtiene la mayor cantidad de datos. Son dos tipos de entrevista, puede ser Formal o Informal.

La entrevista formal es aquella en donde hay una comunicación directa y específica entre el paciente y la Enfermera realizando la historia del paciente; y la informal solo es una conversación entre Enfermera – paciente durante los cuidados que se le realizan.

La entrevista tiene como finalidad:

- *Obtener información específica y útil para realizar él o los diagnósticos y planificar los cuidados a realizar.
- *Ayuda a tener una adecuada comunicación entre la Enfermera y el paciente.
- *Permite al paciente a conocer sus propios problemas y a expresar sus objetivos que desea alcanzar.
- *Además de ayudar a la Enfermera a discernir que áreas necesitan de un análisis más profundo.

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición Ed. Madrid, 1999. pag132.

La Entrevista consta de 3 partes:

- 1) Iniciación – es la fase inicial donde se busca un ambiente agradable para que exista una relación Enfermera – paciente positiva.
- 2) Cuerpo – en esta fase se recopila todos los datos del paciente, comenzando por el motivo o problemas que padece el paciente , más adelante por su historia médica e información sobre su familia, cultura, religión, etc..
- 3) Cierre – es el final de la entrevista en donde se enfatizará y resumirá los datos más importantes, además de que da pie a comenzar a planificar los cuidados.

Al realizar la entrevista puede ser afectada por varias interrupciones, las cuales son, en primera que el paciente no sea comprendido por la Enfermera, que se sienta incomodo ante esta situación; el estado emocional que este atravesando tanto el paciente (estados emocionales como ansiedad, depresión, miedo a lo desconocido o a una enfermedad grave, dolor o malestar) o la Enfermera (agresividad, excesiva valoración de si misma, excesiva proyección o irresponsabilidad de sus obligaciones hacia los pacientes); por otra parte las diferencias en las clases sociales y esto conlleva a que exista una interrelación paciente – Enfermera deficiente.

Las Técnicas Verbales son a través del Interrogatorio; a través de estas se aclaran las respuestas y se verifican los datos, también por medio de la reflexión y formular nuevamente la pregunta nos permite confirmar y ampliar la información.

Las Técnicas No Verbales nos facilitan la comunicación durante la Entrevista, ya que nos transmiten mensajes hasta más verídicos que las palabras y estas pueden ser a través del lenguaje corporal, expresiones faciales y la forma de hablar (8).

Para realizar una Entrevista satisfactoria debemos seguir las siguientes normas.

- *Usar términos o palabras que son entendibles para el entrevistado.
- *Realizar preguntas abiertas para que no sean respondidas con un si o no y estimular al para que amplíe su respuesta.
- *No hacer preguntas personales o delicadas al principio de la Entrevista, si no, hacerlas cuando se haya conocido más íntimamente al Paciente(9).

8 UNAM-ENEO El Proceso de Enfermería, Seminario- Taller. Mayo 2001.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed. Doyma. ed. Barcelona, México, 1986. pag 33.

La Observación

Desde el primer contacto con el paciente, la Enfermera inicia la recolección de datos a través de la observación, para llevarla a cabo se deben utilizar los cinco sentidos (¿ve, oye o huele algo anormal?), fijarse en su aspecto general (¿parece el paciente saludable, alimentado, va bien arreglado?)(9); así como su forma de caminar, sentarse, etc., con estos datos posteriormente confirmarlos o descartarlos(8).

La Exploración Física

Este instrumento es la actividad final para la recolección de datos, para llevarla a cabo debe explicarse el procedimiento al paciente detalladamente y pedirle permiso para realizarlo.

La exploración o valoración física de Enfermería debe realizarse en conjunto con la entrevista; esta valoración es un examen muy completo y sistemático del paciente por lo que la Enfermera realiza las siguientes actividades(9):

*Observación o Inspección

Es un examen visual y global completo del paciente y esto servirá para corroborar o eliminar respuestas de la entrevista.

Nos enfocaremos en las características físicas del paciente y observaremos el tamaño, forma, posición anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

*Palpación

Este examen se basa a través del tacto y la sensación para detectar ciertas características de la estructura corporal, de la piel y por debajo de esta; ésta técnica se utiliza para palpar los órganos en abdomen, entre otros.

Se palpará para saber el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad.

8 UNAM-ENEO El Proceso de Enfermería, Seminario- Taller. Mayo 2001.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed.Doyma. ed.Barcelona, México,1986.

*Percusión

Este examen se basa en dar golpes suaves con uno o con varios dedos sobre la superficie corporal y escuchando (audición), con el fin de obtener sonidos, estos se diferencian por los tipos de sonidos que emiten los cuales pueden ser:

- .Sordos- aparecen cuando se percuten en muslos o huesos.
- .Mates- aparecen sobre el hígado y bazo.
- .Hipersonoras- aparece sobre el pulmón normal lleno de aire.
- .Timpánico- aparece al percutir el estómago lleno de aire.

*Auscultación

Este se basa en la audición con ayuda de un estetoscopio para escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo y determinaremos la característica de los sonidos de los pulmones, corazón e intestinos.

Con las técnicas antes mencionadas, ahora se describirá las formas para realizar un examen físico estas son iniciar la exploración de la cabeza a pies o por sistemas/ aparatos.

.De la cabeza pies-esta forma de exploración inicia en la cabeza (se continua valorando hacia abajo, a lo largo del cuerpo) y cuello (ojos, oídos, nariz, boca y garganta) después el tórax, abdomen, piernas y pies (8,9).

.Por sistemas o aparatos – se empieza a valorar el aparato respiratorio(nariz, boca, garganta, pulmones) y se continuara con el estado cardiaco, circulatorio, neurológico, digestivo, genitourinario, músculo esquelético y cutáneo, tiene la finalidad de saber que sistemas debemos de poner más atención.

Finalmente validaremos los datos obtenidos durante nuestra valoración, esto significa que la información reunida es verdadera, basada en los hechos(9)

Por lo que siempre debemos asegurarnos de lo que el paciente refiere es lo que de hecho dice ya que puede afirmar que se encuentra bien sin querer decir eso literalmente, por otra parte debemos considerar a los datos verdaderos como datos medibles como la talla, peso, etc. y los no medibles u observables someterlos a validación confrontándolos con otros datos o buscando otros que apoyen a los no medibles.

Al tener todos los datos reunidos, estarán en condiciones de organizar o agruparlos de tal forma que nos ayude a identificar los problemas de salud del Paciente reales o potenciales, sin perder el objetivo de Enfermería.

8 UNAM-ENEO El Proceso de Enfermería. Seminario- Taller. Mayo 2001.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed.Doyma. ed.Barcelona, México,1986.

DIAGNÓSTICO

Se considera esta segunda etapa como la fase final de la valoración, es de gran importancia, pues en ella se analizan los datos obtenidos del paciente tanto los positivos derivados de la capacidad y de sus recursos así como los negativos asociados a sus limitaciones con el fin de identificar los diagnósticos de Enfermería que constituirán la base del plan de cuidados^(2, 8).

Entendemos por diagnóstico como un juicio acerca del problema de un paciente, el cual se llega por medio de procesos deductivos a partir de los datos obtenidos durante la valoración; por lo que el problema detectado puede mitigarse mediante la intervención de Enfermería⁽²⁾.

Otra definición del diagnóstico de Enfermería es el problema de salud real o potencial ya sea de un individuo, familia o grupo en que las Enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de Enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo⁽⁸⁾.

Los diagnósticos de Enfermería son descripciones de la respuesta humana de su estado de salud y frecuentemente se expresan como alteraciones reales o potenciales; estos diagnósticos exigen a la Enfermera que vea:

.La salud del Paciente a través de sus ojos, además describen sus problemas de salud de manera global en los sentimientos de la persona, como ser humano integral tomando en cuenta sus aspectos físicos, psicológicos, sociocultural, de desarrollo y espiritual⁽⁹⁾.

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición Ed. Madrid, 1999. pag132.

8 UNAM-ENEO El Proceso de Enfermería. Seminario- Taller. Mayo 2001.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería Ed.Doyma. ed.Barcelona, México, 1986.

Dentro de las funciones de Enfermería existen tres campos en los cuales la Enfermera actuara de manera diferente ya que en el paciente aparecerán problemas o necesidades que le competen a un campo u otro de actuación:

.En el campo dependiente, las acciones de Enfermería están encaminadas a realizar las ordenes que indique el médico o tratamiento que prescriba.

.En el campo interdependiente la Enfermera colaborara con otros Profesionales de la salud con el fin de encontrar un tratamiento en conjunto. Ejemplo: personal de dietas.

.En el independiente, las acciones de Enfermería son reconocidas legalmente y son las Enfermeras responsables de realizarlas, no requieren de supervisión por otros Profesionales y esto se lleva a cabo mediante los diagnósticos de Enfermería(8).

La diferencia entre un diagnóstico médico y de Enfermería es que el diagnóstico médico se encuentra en identificar las enfermedades mientras que los diagnósticos de Enfermería identifica las respuestas humanas y las alteraciones en la capacidad de la persona para funcionar como ser humano independiente; así dos pacientes con el mismo padecimiento mostrarán actitudes diferentes.

La NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) identifica tres tipos de diagnósticos de Enfermería las cuales son:

1.-Diagnóstico de Enfermería real: Es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad ante problemas reales de salud o procesos de la vida, ejemplo: desesperanza, fatiga, por lo que la Enfermera podrá tomar medidas para prevenir su aparición.

2.-Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo: Juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un problema y de otros que se encuentran en su misma situación; estos diagnósticos incluyen factores de riesgo como conductas que tenga el individuo o enfermedades de tal forma que guíen a la Enfermera a actuar para reducir o evitar que se produzca de tal acontecimiento. Ejemplo: alto riesgo de infección.

3.-Diagnóstico de Enfermería de bienestar: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que se encuentra en transición de un nivel complejo de bienestar a un nivel más alto. Ejemplo: lactancia materna eficaz, o conductas generadoras de salud.

Al escribir un diagnóstico de Enfermería debemos tener en cuenta los siguientes enunciados:

- Unir la primera parte con la segunda utilizando “**relacionado con**”, “**mejor que**”, “**debido a**”, o **causado por**”; esto no significa que siempre haya una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta del individuo y no de una actividad de Enfermería.
- Escribir en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal y escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, basarnos en los datos tanto objetivos como en los subjetivos que hallamos obtenido y verificado del paciente.
- Evitar al cambiar el orden de las partes del diagnóstico, esto puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indicar el diagnóstico de Enfermería como un diagnóstico médico, ni escribir como tal, al hacerlo esta repitiendo una orden médica.
- No indicar los problemas al mismo tiempo ya que dificulta la formulación de los objetivos(2,9).

Ejemplo de un diagnóstico de Enfermería

-Limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación a un esfuerzo de expectoración insuficiente.

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.
_Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición Ed. Madrid, 1999.
9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed. Doyma. ed.Barcelona, México, 1986.

PLANIFICACIÓN

Esta tercera etapa consiste en la elaboración de las estrategias o acciones de Enfermería para reforzar las respuestas del paciente sano , para evitar, reducir o corregir las del paciente enfermo una vez realizados los diagnósticos de Enfermería.

Por lo que entendemos esta etapa como un Proceso de toma de decisiones para elaborar el plan de cuidados y proporcionarlos de una forma organizada, individualizada y dirigida a los objetivos a conseguir.

La planificación consta de cuatro fases o etapas:

*La primera es el establecer prioridades de los problemas diagnosticados o necesidades, esto es jerarquizarlos problemas detectados, es decir cuales son los más importantes.

Fijar las prioridades en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes que se fueron identificando durante la valoración.

*La segunda es la elaboración de los objetivos que se pretenden alcanzar y los resultados que se esperan; esto a través de fijar los criterios de resultado y describir los resultados esperados tanto por el paciente y/o familia como del Profesional de Enfermería.

Los objetivos se fijaran a corto, medio y largo plazo.

Los objetivos a corto plazo son aquellos que pueden cumplirse en menos de una semana; los de medio y largo plazo se encaminarán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y educación sanitaria; estos objetivos se alcanzaran en un periodo más largo ya sea algunas semanas o meses (2.9).

Durante esta fase la Enfermera debe establecer los objetivos a alcanzar por el paciente(resultados) y los propios objetivos personales (del Profesional de Enfermería).

El objetivo del paciente refiere lo que la Enfermera espera del paciente en cuanto a lo que es capaz de alcanzar y el objetivo de Enfermería indica lo que el Profesional de Enfermería debe llevar acabo para ayudar al paciente a cumplir su objetivo.

Tanto el paciente como el Profesional de Enfermería saben lo que se ha de lograr y en que momento, con el fin de reducir o resolver los problemas identificados.

Con el objetivo fijado y/o el resultado que se logro ambos podrán estudiarse posteriormente para evaluar la eficacia del plan de cuidados.

2 Hernández J. Conessa. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método.

__Ed. Mc. Graw Hill- Interamericana. 1ra. Edición Ed. Madrid, 1999.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed. Doyma. ed.Barcelona, México. 1986.

*La tercera es el desarrollo de las acciones de Enfermería, estas irán encaminadas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, esto es eliminar los factores que intervienen para que se presente problema. Tanto el paciente como sus familiares deben participar en la realización de los cuidados, siempre que sea posible.

La finalidad de las acciones de Enfermería están encaminadas en promover la salud, mantenerla, restablecerla, prevenir las complicaciones y procurar un bienestar biopsicosocial y espiritual óptimo.

Para determinar las acciones de Enfermería ante un diagnóstico real o potencial, es importante identificar sus causas o etiología y decir que se puede hacer para disminuirlo o eliminarlo y con lo anterior alcanzar los objetivos o resultados esperados.

El tener en cuenta tanto los factores o causa que provoque el problema como resultado esperado permite establecer exactamente que actividades de Enfermería ayudaran al paciente en concreto a alcanzar sus objetivos (9) .Al elaborar las actividades a realizar debe tenerse presente los recursos con los que se cuentan ya sea materiales, estructura física del servicio y su equipamiento, también los recursos humanos y financieros.

Las características que deben tener las acciones de Enfermería según Iyer(1989) es que sean coherentes y con el plan de cuidados, que se basen en principios científicos, cada situación será individual en cuanto a los cuidados, irán acompañadas de la enseñanza-aprendizaje.

Las acciones para el diagnóstico de Enfermería real están encaminadas a reducir o eliminar los factores desencadenantes, promover mayor nivel de bienestar y controlar el estado de salud; para el de alto riesgo están encaminadas a reducir o encaminar los factores de riesgo, prevenir que se produzca el problema y controlar el inicio del problema.

Para los problemas interdependientes se tendrá que controlar los cambios de estado del Paciente, manejar los cambios de estado de salud e iniciar las acciones prescritas por el médico u otro personal de salud.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed.Doyma. ed.Barcelona, México, 1986.

El determinar las acciones de Enfermería requiere de un método y consta de:

*Definir el problema (Diagnóstico de Enfermería) e

*Identificar las acciones y alternativas posibles.

Finalmente la cuarta fase o etapa es la Documentación o Anotación del Plan de Cuidados y tiene como finalidad confirmar que se formuló completo el plan de cuidados para cada paciente; sirven como registro para consultarlo posteriormente y evaluar el cuidado del paciente y comunicar a la demás Enfermeras acerca de los problemas, objetivos y cuidados en especial que se identificaron en el paciente.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso en la cual se lleva a cabo la práctica del plan de cuidados por lo que el Profesional de Enfermería es el responsable de realizar las acciones de Enfermería.

Al llevarlas a cabo es importante recordar que debe seguirse recopilando información útil y evaluar los comportamientos que presenta el paciente al proporcionarle los cuidados.

Como ya se ha mencionado las acciones de Enfermería son aquellas que realiza tanto el Profesional de Enfermería como el paciente para prevenir la enfermedad o posibles complicaciones de esta, así como, promover, mantener o restablecer la salud, al realizarlas debemos tener en cuenta lo siguiente:

- *Efectuar directamente una actividad para un paciente.
- *Ayudar al paciente a realizar una acción por sí solo.
- *Supervisar al paciente o familiares mientras realiza una actividad.
- *Enseñar al paciente o familia sobre la toma de decisiones para buscar y utilizar adecuadamente los recursos para su salud⁽⁹⁾.

Finalmente el anotar los cuidados de Enfermería constituye una función importante del Profesional de Enfermería ya que la calidad de su registro determinará el valor de la información acerca de los objetivos logrados y de las reacciones individuales del paciente, además le proporcionará orientación para continuar trabajando sobre el problema.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*
Ed. Doyma. ed. Barcelona, México, 1986.

EVALUACIÓN

Es la última fase del Proceso de Enfermería en la cual se determinará si ha funcionado el plan de cuidados de Enfermería. Indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de Enfermería han sido correctos en su totalidad, así como el Profesional de Enfermería determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el Profesional de Enfermería observa que no han alcanzado los objetivos, se dedicará a la resolución del problema (9); esto mediante la reunión de información tanto del paciente y la Enfermera con el fin de descubrir que factores están influyendo en el éxito o fracaso de los cuidados.

Al tener identificados estos factores estará lista para modificar el plan de cuidados, tal vez sea necesario fijar nuevos objetivos, nuevas actividades o modificar el entorno (9).

Por lo contrario si se ha cubierto todos sus objetivos y no se identifica nuevos problemas se puede asegurar que se alcanzo la finalidad de los cuidados proporcionados por el Profesional de Enfermería; el dar por concluido el plan de cuidados permiten que la persona tenga el total control sobre su salud (9).

La finalización de los cuidados de Enfermería implican una valoración completa de cómo el paciente piensa asumir el cuidado de su salud; tanto el paciente como su familia deben ser capaces de explicar los posibles problemas que se deben evitar y prevenir, así como el tratamiento a seguir de los recursos que utilizará para mejorar su salud.

9 ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería
Ed.Doyma. ed.Barcelona, México,1986.

4.8 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MADURO

Es la etapa del ser humano donde ha llegado a su mayor crecimiento o desarrollo, la edad comprende de los 35 a 60 años.

Es una etapa de meseta en donde hay un estancamiento, existen severos cambios y hay mayor adaptación en su vida.

Características biológicas:

- *Los tejidos presentan signos de cierto deterioro.
- *Disminuye el buen aspecto de la piel.
- *Endurecimiento de las arterias, es un proceso normal; por lo que sobrevienen los problemas cardiovasculares por el sedentarismo, aumento de consumo de grasas, también puede presentar problemas como hipertensión y arteriosclerosis.
- *Puede presentar problemas de cáncer en algunos aparatos y sistemas.
- *Hay deficiencias en aparatos y sistemas.
- *En las mujeres principia la menopausia entre los 40 a 50 años, disminuye la producción de estrógenos en sangre.
- *En el hombre inicia la andropausia, disminuye la potencia sexual, disminuye la sensibilidad, requiere de mayor estimulación.
- *Pueden existir problemas en la próstata.
- *Alteraciones en el proceso de metabolizar los carbohidratos – obesidad.
- *Disminuye la capacidad de los sentidos, puede haber sordera, disminuye la agudeza visual o problemas oculares.
- *Blanqueamiento del pelo (canas).
- *Hay pérdida de cabello.
- *Aumenta la pigmentación de la piel, las manchas de la edad, aparecen a final de la etapa (60 años).
- *Se desgastan los discos intervertebrales, se encorvan y se observa más pequeño de estatura.
- *Disminuye el tono muscular y con esto también disminuye el tacto fino.
- *Disminuye la producción de hormonas sexuales.
- *Hay pérdida de piezas dentarias.
- *Hay muerte neuronal.

Características Psicológicas:

- *Disminución de la inteligencia o intelecto; perdida gradual de retener y comprender por la muerte mínima de neuronas, pero se compensa con las experiencias vividas por el adulto.
- *Pierde el sentido de orientación.
- *Descuida su arreglo personal.
- *Sobreviene el síndrome del nido vacío, cuando los hijos se desligan de los padres, estos se tendrán que adaptar al nuevo estilo de vida en el cual podrán tener mas intimidad o caer en una depresión; este síndrome puede se llenado enseguida por la venida de los nietos.
- *La conciencia es más ágil y crítica, reflexiona y analiza más rápido; puede ser más hábil para aprender por las experiencias; es más ordenado y más dedicado.
- *De los 50's en adelante, se evalúa a si mismo, implica una crisis de identidad.
- *A los 55's. es apático, pasivo, dice: ya para que lo hago.
- *Puede suicidarse por lo mismo que se cree inútil.
- *Cambios de personalidad, hay expresión del dolor, empieza a sufrir, se siente solo, se deprime, dolor interno.
- *Compite con el adulto joven.
- *La mujer, de los 35 a 45 años hay más interés y capacidad sexual, disfruta más el placer sexual.

Características Sociales:

- *Hay alteración en la auto imagen: son descuidados en su arreglo personal, disminuye la higiene personal.
- *Espíritu se competencia intelectual con los adolescentes.
- *Conflictos familiares principalmente con los adolescentes y la esposa.
- *Algunos ascienden a puestos directivos (superación personal).
- *Existe el alcoholismo, tabaquismo.
- *La mujer es más tranquila, abnegada; puede buscar compañía con hombres más chicos.
- *El hombre busca mujeres más chicas.

V. RESUMEN VALORATIVO

El presente Proceso de Enfermería o plan de cuidados se realizó a una mujer adulta con problema de descalcificación ósea de nombre Isabel , madre de familia, originaria y residente del Distrito Federal, nacida el 16 de mayo de 1949, actualmente cuenta con 52 años de edad. Mide 1.52 metros y pesa 72kg. Se dedica al hogar, su familia la integra su Esposo y sus tres hijas de 27,24 y 17 años respectivamente.

*Comenzaremos en la necesidad de oxigenación en donde nos comenta la paciente que al caminar rápido o correr una distancia corta se sofoca (apnea);signos vitales registra una T/A de 100/60mmhg, F.C. 70 /min., F.R. 20/min., Temp. 36.5 grados centígrados.,pulsos pedio y radial presentes y rítmicos .
Esta conciente, ubicada en tiempo, espacio y lugar. Se observa buena coloración de tegumentos con recuperación capilar de 2 a 3 segundos.

*En su necesidad de nutrición e hidratación nos comenta que realiza sus tres comidas al día, consume carnes, huevo, frutas y verduras; la leche no le gusta mucho, mejor toma café por la mañana y noche, refresco 4 días a la semana dos vasos específicamente en la comida. No presenta problemas digestivos ; no es alérgica a algún alimento y no tiene problemas para deglutir.
Se observa su piel reseca, mucosas orales hidratadas.
Dentadura completa, bien cuidada, no hay presencia de caries, encías rosadas no sangrantes. Su cabello bien implantado, color castaño oscuro con algunas canas en la parte frontal y lateral.

*En su necesidad de eliminación, evacua por lo general 1 o 2 veces al día, las heces bien formadas, no presenta estreñimiento; micciona varias veces al día, de características macroscópicas normales; hace 3 años padeció de cálculos renales.
Ya no menstrua, en junio de este año cumplió 2 años.
Se palpa abdomen blando, depresible, globoso por su sobrepeso, los ruidos peristálticos están presentes y no se palpa globo vesical, no refiere dolor.

*En la necesidad de termorregulación comenta que se adapta a cualquier cambio de temperatura o clima, pero le agrada más el clima a temperatura ambiente – templado; no realiza ningún tipo de ejercicio físico pero refiere que si suda.

Su piel se observa reseca y se palpa tibia; el ambiente de su casa es cálido, esta bien ventilada, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

*En su necesidad de moverse y mantener una buena postura comenta que realiza actividades propias del hogar, asear su casa, hacer la comida, lavar, etc. con ayuda de su familia, entre todos se reparten quehaceres; le gusta tejer y ver televisión en sus ratos libres, por las tardes regularmente toma una siesta aproximadamente de 30 minutos.

Tiene buena postura, se observa dificultad para caminar, claudica por referir dolor en su pie derecho específicamente en dorso, no puede flexionar ni extenderlo, también refiere dolor ocasional en ambas piernas, por lo que se molesta al no poder hacer sus actividades normalmente.

*En su necesidad de descanso y sueño, es bueno ya que duerme de las 23 a las 8hrs, son 10 horas de sueño y se despierta descansada, a veces si se desvela.

Toma su siesta regularmente por la tarde entre 5 y 6 pm aproximadamente y esta es de 30 minutos; no le cuesta conciliar el sueño.

Esta alerta, conciente, se concentra en todo lo que hace, como ya se ha mencionado no realiza ninguna actividad física. No refiere cefaleas.

*Uso de prendas de vestir adecuadas, en esta necesidad comenta que no le afecta en ninguna manera su estado de ánimo para elegir su vestuario, así como tampoco sus creencias religiosas, ni su autoestima, lo que si es que a veces le pide consejos a su familia para que le ayuden a escoger algún atuendo para asistir a una fiesta o reunión familiar.

Siempre esta bien presentable, viste prendas holgadas y están limpias; lo que si se le dificulta es el colocarse sus pantimedias, ya que no puede agacharse adecuadamente por su abdomen y el dolor que a veces tiene en sus piernas, por lo que recurre a algún miembro de su familia para que le ayuden.

*Necesidad de higiene y protección de su piel, refiere que se baña diario y en ocasiones cuando hace mucho calor hasta 2 veces al día, prefiere bañarse por las noches, cambio completo de ropa diario; su aseo dental es después de cada comida; le gusta estar limpia, aseada. Tanto sus creencias personales como religiosas no intervienen.

Se observa su aspecto general pulcro y limpio, no despiden ningún olor desagradable; su cuero cabelludo es reseco y no se observa ninguna lesión dérmica actual. Presenta una cicatriz antigua por cirugía que le realizaron a los 8 años de edad en el submaxilar lado izquierdo, le realizaron una extirpación de absceso y otra cicatriz en región perianal también le extirparon un absceso, esto fue hace un año por el mes de junio.

*En cuanto a su necesidad de evitar peligros, nos comenta junto con su esposo e hijas que cuando surge alguna emergencia siempre trata de calmarse o estar tranquila para transmitirle a su familia confianza, todos se apoyan unos a otros.

Constantemente asiste al médico para realizarse periódicamente estudios como el papanicolau, para su tratamiento hormonal ya que se encuentra en la etapa de la postmenopausia; inicio la menopausia a los 38 años. No presenta malformaciones congénitas en su familia.

Cuando tiene alguna tensión o estrés la libera a través de realizar quehacer en su casa.

*En su necesidad de comunicarse, comenta que lleva 28 años de casada; en ocasiones se preocupa ya que no trabaja y los gastos de la casa, la mayor parte los solventa su esposo y su hija mayor le ayuda, pero ayuda teniendo su casa bien arreglada y la comida a tiempo.

Refiere tener una buena comunicación con cada uno de los integrantes de su familia, así como también les comenta acerca de su padecimiento.

A veces se aísla por la tarde para rezar su rosario en su recámara, pero siempre le gusta estar en compañía de los suyos; cuando converso con ella mantiene su plática, lleva un orden, es coherente, no tiene problemas auditivos, pero visuales sí, ya que le cuesta leer de cerca, cuenta con anteojos que siempre lleva con ella.

*En cuanto a sus creencias y valores, es católica y no le ocasiona ningún problema con su familia, en su casa tiene varias imágenes religiosas, por las tardes reza su rosario. Considera que es importante el respeto, la confianza, ser honesta y principalmente el amor hacia los demás.

*En su necesidad de trabajar y realizarse se dedica al hogar, trabaja realizando las labores de su casa y esta satisfecha de llevarlas a cabo. Se siente contenta de ser miembro de su familia y más de desempeñar el rol de mamá, ya que su esposo y sus hijas la quieren, respetan y la cuidan.

Puedo decir que es una mujer calmada, tranquila, que disfruta de la compañía de su familia.

*En lo que se refiere a jugar y participar en actividades recreativas comenta que le gusta tejer, hacer manualidades, ver televisión, escuchar música de todo tipo pero le gusta más la romántica y leer.

*Por último en su necesidad de aprendizaje comenta que estudió la primaria completa y dos años de comercio, no concluyó por falta de recursos económicos; le gusta leer revistas que contengan temas interesantes, le gusta informarse lo más que pueda acerca de los padecimientos que ha tenido. Tiene buena memoria reciente y remota.

VI. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Alteración de la movilidad física.	Dolor en dorso de pie derecho y ocasionalmente en ambas piernas.	De ambulación limitada (claudicación).

Diagnóstico de Enfermería

Alteración de la movilidad física relacionada con dolor en dorso de pie derecho y ocasionalmente en ambas piernas manifestada por de ambulación limitada.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Déficit de volumen de líquidos.	Fallo en los mecanismos compensadores.	Piel y mucosas reseca.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo en los mecanismos compensadores manifestado por piel y mucosas reseca.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Alteración en la respiración.	Sobrepeso.	72 kg., 1.58 cm. y disnea al caminar rápido o correr una distancia corta.

Diagnóstico de Enfermería

Alteración en la respiración relacionada con sobrepeso manifestado por 72kg. Y 1.58cm. y disnea al caminar rápido o correr una distancia corta.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Alteración de la nutrición por defecto.	Ingesta dietética incompleta de calcio, fósforo y vitamina D.	Descalcificación ósea diagnosticado por medico

Diagnóstico de Enfermería

Alteración de la nutrición por defecto relacionada con ingesta dietética incompleta de calcio, fósforo y vitamina D manifestado por descalcificación ósea detectado en estudio de densitometría ósea.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Nutrición alterada superior a los requerimientos corporales.	Ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas.	Peso de un 10 – 20% superior al ideal para la altura y constitución.

Diagnóstico de Enfermería

Nutrición alterada superior a los requerimientos corporales relacionado con ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas manifestado por peso de un 10 – 20% superior al ideal para la altura y constitución.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Intolerancia a la actividad.	Estilo de vida sedentario.	Molestia y disnea al ejercicio.

Diagnóstico de Enfermería

Intolerancia a la actividad relacionado con estilo de vida sedentario manifestado por molestia y disnea al ejercicio.

PROBLEMA	CAUSA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Déficit de auto cuidado de vestido .	Incapacidad para completar la actividad de vestirse.	Capacidad alterada para ponerse sus pantimedias de mediana compresión por su sobrepeso, disminución en su flexibilidad y dolor que presenta en sus piernas.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de auto cuidado de vestido relacionado con incapacidad para completar la actividad de vestirse manifestado por capacidad alterada para ponerse sus pantimedias de mediana compresión.

VII. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

El jerarquizar las necesidades es importante, con base en los Diagnósticos de Enfermería identificaremos que necesidad daremos prioridad para atenderla y darle los cuidados necesarios y así sucesivamente dependiendo también del grado de importancia tanto para la paciente como para el Profesional de Enfermería.

En primer lugar consideré atender la necesidad de moverse y mantener una buena postura ya que su movilidad es limitada, su de ambulación es claudicante por presentar dolor en dorso de pie derecho, le cuesta flexionar y extender, además ocasionalmente también refiere dolor muscular en las piernas; por lo que es parcialmente dependiente por falta de voluntad y conocimiento acerca de realizar una actividad física.

En segundo tome en cuenta el de hidratación se entiende como la ingestión y absorción de agua y electrolitos esenciales para la vida, así como mantener tanto la piel y mucosas hidratadas; la cliente presenta piel reseca por lo anterior se considera parcialmente dependiente por falta de conocimiento ya que no conoce la importancia de una adecuada ingesta de líquidos.

En tercero tome en cuenta la alteración en la respiración, se entiende como el estado en que la inspiración y la expiración del individuo no permite una adecuada ventilación, la cliente presenta un sobrepeso de 20% y disnea al caminar rápido o correr una distancia corta; en esta necesidad se considera parcialmente dependiente por falta de voluntad y conocimientos acerca de no realizar actividad física, no saber respirar adecuadamente lo cual requerirá de orientación específica.

En cuarto lugar considere la necesidad de nutrición alterada en donde el individuo tiene una ingesta de nutrientes insuficientes, ya que tiene una ingesta dietética incompleta de minerales tales como calcio y fósforo, y principalmente de vitamina D, por lo que se considera dependiente por falta de conocimiento acerca de estos elementos esenciales y que son importantes para tener un adecuado funcionamiento del sistema esquelético.

En quinto lugar consideré la nutrición alterada en la cual el individuo tiene una ingesta excesiva de requerimientos corporales a los necesarios ya que presenta un sobrepeso del 20% superior al ideal para su altura, por lo tanto se considera parcialmente dependiente por falta de voluntad, fuerza y conocimiento acerca de llevar una dieta balanceada.

En sexto lugar se consideró la necesidad de actividades de esparcimiento y actividad física ya que la paciente lleva un estilo de vida sedentario, manifestándose con molestias de tipo músculo-esquelético y disnea al ejercicio, en esta necesidad se considera parcialmente dependiente por falta de voluntad y fuerza por no realizar una actividad física y a la vez recreativa.

En séptimo lugar la necesidad de vestirse ya se entiende como la protección del cuerpo en función del clima, normas sociales y reserva personal, aquí la paciente presenta dificultad para calzarse sus medias de mediana compresión por su sobrepeso y movilidad física, por lo que se considera dependiente por falta de voluntad y fuerza por no realizar una actividad física para que tenga mayor flexibilidad y por ende disminuya de peso.

VIII. PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería

- 1.- Alteración de la movilidad física relacionada con dolor en dorso de pie derecho y ocasionalmente en miembros inferiores manifestado por de ambulación limitada (claudicación).

Objetivo

- .Anular el dolor en miembros inferiores y dorso de pie derecho.
- .Aumentar la fuerza, flexibilidad, tono muscular y movilidad en miembros inferiores.

Intervención de Enfermería

- *Masaje y vendaje elástico compresivo en pie derecho.
- *Uso de pantimedias de mediana compresión.
- *Ejercicios durante 15 minutos, ir aumentando progresivamente hasta llegar a 30 minutos cada tercer día ya sea por la mañana o por la tarde.
- *Si el dolor aumenta y no es tolerable administrar analgésico indicado por su médico.

Evaluación

Ha desaparecido el dolor en dorso de su pie derecho y en sus piernas. Progresivamente ha mejorado la movilidad en sus piernas, por lo que su de ambulación ya es normal, ya no claudica.

Diagnóstico de Enfermería

2.- Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo en los mecanismos compensadores manifestado por piel y mucosas resacas.

Objetivo

.Aumentar la ingesta de líquidos: agua purificada por lo menos 2 litros diarios.

.Aumentar la aplicación de cremas para piel seca e hidratantes.

Intervención de Enfermería

*informarle lo importante que es el ingerir abundante agua.

*Insistir en aumentar la ingesta de líquidos por lo menos 8 vasos al día, agua de fruta con un mínimo de azúcar o agua simple.

*Mantener la piel lubricada con cremas para piel seca o hidratantes, aplicarlas después del baño especialmente y aplicarla durante el día las veces que sea necesario.

*Evitar el contacto con detergentes por un tiempo prolongado ya que reseca la piel.

Evaluación

Ha mejorado el estado de la piel y mucosas, se ven más hidratadas, además su piel ya no se ve opaca, ni se siente rasposa.

Diagnóstico de Enfermería

3.- Alteración en la Respiración relacionada con sobrepeso manifestado por 72 kg y 1.58 cm. y disnea al caminar rápido o correr una distancia corta.

Objetivo

.Aumentar la enseñanza de cómo respirar adecuadamente.

Intervención de Enfermería

- *Explicarle e informarle lo importante que es el respirar adecuadamente.
- *Realizar ejercicios de respiración para que sea adecuada, esto es respiraciones profundas, inspirar por la nariz y exhalar por la boca despacio.
- *Realizar caminatas en espacios abiertos durante 15 minutos e ir incrementando el tiempo a 30 minutos todos los días para que mejore su condición física.

Evaluación

Ha disminuido su disnea con los ejercicios respiratorios y con las caminatas, con esta última a mejorar su condición física y disminuya de peso.

Diagnóstico de Enfermería

4.- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con ingesta dietética incompleta de calcio, fósforo y vitamina D manifestándose por descalcificación ósea diagnosticado por médico ginecólogo (con base a resultado de densitometría ósea).

Objetivo

.Aumentar el consumo de productos animales y vegetales que contengan calcio y fósforo.

.Aumentar la exposición a los rayos solares para producir vitamina D.

Intervención de Enfermería

*Incluir en su dieta alimentos que contengan calcio y fósforo como pescados, y mariscos, leche, vegetales de hojas verdes, nueces, yema de huevo, entre otros.

*Incluir algo ácido en la dieta para ayudar a absorber el calcio, como tomar agua de limón, jugo de toronja, consumir cítricos: guayabas, naranjas.

*Informarle lo importante de cumplir con las indicaciones del médico en cuanto al suplemento de calcio que le recetaron.

*Asolearse por lo menos de 10 a 20 minutos en las mañanas de preferencia antes de las 12 p.m., diario o cada tercer día.

Evaluación

Comprendió lo importante que es el incluir en su dieta estos alimentos así como todos los días se asolea. No le ha sido complicado involucrar estos alimentos recomendados en su dieta.

Diagnóstico de Enfermería

5.- Nutrición alterada superior a los requerimientos corporales relacionado con ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas manifestado por peso de un 10 – 20% superior al ideal para la altura y constitución.

Objetivo

- .Disminuir la ingesta de alimentos en relación con las necesidades metabólicas.
- .Aumentar la ingesta de alimentos como verduras y frutas.
- .Que siga al pie de la letra la dieta que le indico su médico tratante.

Intervención de Enfermería

- *Aumentar la conciencia del paciente sobre la cantidad y tipo de alimento que consume.
- *Informarle lo importante que es que siga la dieta de 1200 calorías que le indico su médico tratante de su clínica.
- *Revisar los alimentos de alto y bajo contenido calórico junto con el paciente y planear junto con el un menú de acuerdo a sus necesidades metabólicas.
- *Enseñarle técnicas de modificación de la conducta:
 - .Comer solo en un sitio específico de la casa.
 - .No comer mientras se realizan otras actividades como leer, ver televisión.
- *Beber un vaso de agua inmediatamente antes de comer.
- *Utilizar platos pequeños (las raciones parecen más grandes).
- *Comer en forma lenta y masticar completamente.
- *Tomar aperitivos bajos en calorías para satisfacer la necesidad oral (zanahorias, apio, manzana, palomitas sin grasa, lechuga, jitomate).

*Disminuir las calorías en líquidos, beber refrescos dietéticos o agua.

*Informarle acerca de la importancia de mantener un peso adecuado para prevenir problemas de salud.

Evaluación

Ha bajado poco de peso, 1/2 kilo en dos semanas, ya que le ha costado un poco de trabajo el seguir la dieta, su familia la apoya y la alienta a continuar con este régimen alimenticio.

Diagnóstico de Enfermería

6.- Intolerancia a la actividad relacionada con estilo de vida sedentaria manifestado por molestia y disnea al ejercicio.

Objetivo

.Aumentar la actividad física progresiva para mejorar su condición física y disminuir molestias y disnea.

Intervención de Enfermería

- *Explicarle la importancia de realizar una actividad física.
- *Planificar un programa diario para caminar y aumentar gradualmente la longitud y velocidad del paseo.
- *Planear con la familia y la paciente, actividades en grupo como el ir a los parques o al campo a caminar.
- *Sugerir el vestuario más práctico y cómodo para realizar la actividad física (caminata).
- *Determinar que el tiempo de la actividad física variara progresivamente iniciando con 5 minutos hasta 30 minutos.

Evaluación

Al principio de costo trabajo adaptarse a esta nueva rutina, pero sabe que es importante realizarla para que mejore su condición física y su salud. Ahora ya la adopto como rutina en su vida diaria.

Diagnóstico de Enfermería

7.- Déficit de auto cuidado de vestido relacionado con incapacidad para completar la actividad de vestirse manifestado por capacidad alterada para ponerse las pantimedias de mediana compresión.

Objetivo

.Aumentar la capacidad de movilidad y flexión de la espalda y miembros inferiores.

Intervención de Enfermería

*Enseñarle algunas estrategias de vestimenta como el estar sentada en la cama y apoyar su pierna en algún mueble, agacharse y colocarse las pantimedias; otra el estar de pie y subir su pierna a la cama y colocárselas.

*Ejecutar junto con la paciente ejercicios de flexibilidad.

*Auxiliarle en la colocación de sus pantimedias al principio.

*Fomentar la independencia en el vestido mediante la práctica continua y sin ayuda.

*Dejar tiempo suficiente para que se vista y desvista ya que puede ser una tarea cansada y difícil.

Evaluación

Le cuesta menos trabajo el ponerse sus pantimedias y ha mejorado su flexibilidad.

IX. REGISTRO DE LOS CUIDADOS

Resumen del 9 al 13 de julio del 2001

Lunes 9 de julio.

Al referir el dolor endorso de su pie derecho se inicio dando masaje en esta zona con aceite de bebe y posteriormente se coloco vendaje elástico compresivo, esto disminuyo el dolor que presentaba; posteriormente se da masaje en forma circular en ambas piernas. Se dio enseñanza a sus familiares para que le dieran masaje cuando ella lo necesitara.

Se le informo tanto a la paciente como a su familia lo importante que es el realizar una actividad fisica, por lo menos caminar de 15 a 30 minutos para que no se cansen los músculos y no produzca dolor, así como utilizar medias de mediana compresión, esto ayudara a tener una adecuada circulación y se comento acerca de iniciar una caminata comenzando con 15 minutos e ir incrementándola hasta llegar a 30 minutos esto a partir de mañana y será todos los días por las mañanas.

Martes 10 de julio.

Iniciamos la caminata por 15 minutos desde su casa hasta un deportivo que esta a cuatro cuadras, comenzó a las 10 de la mañana, se checarón previamente signos vitales registrando T/A 100/70 mm/Hg F.C 70 min. F.R 20 min. Temp. 36 C, durante esta actividad también se le enseñó como respirar adecuadamente, primero inhalar por la nariz haciendo respiraciones profundas y posteriormente exhalar el aire por la boca despacio haciendo varias repeticiones. Al llegar a su casa se le tomaron nuevamente los signos vitales los cuales no hubo gran variación T/A 110/70 mm/Hg F.C 80 min. F.R 22min. Temp. 36.5 C.

Nuevamente se dio masaje en el dorso de su pie derecho y se vendo.

Miércoles 11 de julio.

Nuevamente realizamos la caminata con el mismo tiempo estableció y apresurando el paso al estar en su casa se insistió en aumentar la ingesta de líquidos de preferencia sin azucares así como de lubricar su piel con cremas hidratantes después del baño y posterior a lavarse las manos; se le explico lo importante que es realizar estas actividades.

También se le explico la importancia de que modificara su dieta junto con su familia para que no fuera diferente lo que consumieran y se le antojara a la

paciente; la familia estuvo de acuerdo en apoyarla. Hoy por la tarde me comuniqué por la tarde que su esposo le dio masaje en sus piernas y en especial en su pie.

Jueves 12 de Julio

En esta ocasión nos acompañó a realizar la caminata una de sus hijas, la cual se comprometió a acompañar a su mamá a realizar las caminatas, hoy aumentamos 5 minutos más al tiempo inicial; también iniciamos una serie de ejercicios para mejorar su flexibilidad y tono muscular con previo calentamiento por espacio de 15 minutos, se realizaron por espacio de 30 minutos.

También se le informó acerca de la importancia de incluir en su dieta alimentos ricos en calcio, fósforo y tomar alimentos ácidos para ayudar a absorber estos elementos en el organismo especialmente en los huesos, así como sugerirle, que además de asolearse durante las caminatas, se suba a la azotea de su casa los fines de semana durante un periodo de 10 – 20 minutos para que produzca vitamina D, la cual es esencial para los huesos.

Le dí una lista de alimentos que contienen los elementos antes mencionados.

Viernes 13 de Julio

Realizamos la caminata por 20 minutos, realizando los ejercicios de respiración; platicamos acerca de cómo se ha sentido con cada una de las actividades que hemos estado realizando manifestándome que no le ha costado el realizar las caminatas, ni los ejercicios, lo que si se le ha dificultado es seguir su dieta ya que a veces se queda con hambre, se le da apoyo emocional y ánimos para que no deje la dieta y se comenta que puede añadir entre comidas o cuando tenga hambre alimentos como zanahoria, pepino, jitomate, manzana, etc., se quedó más tranquila y satisfecha.

Resumen del 16 al 20 de Julio del 2001

Lunes 16 Julio

Hoy me platicó que el fin de semana, que ya no sentía molestias en sus piernas, pero que continuaba el dolor en menor grado en su pie derecho y que su esposo continuaba con los masajes, además por la tarde ella y su familia visitaron Xochimilco, recorrieron el mercado de las plantas y se trajo algunas plantas para decorar su casa.

También le entregué una lista de alimentos que puede consumir y combinarlos; le pareció buena idea. Realizamos los ejercicios para mejorar tono muscular y su flexibilidad, pusimos música y los realizó con más gusto.

Martes 17 de Julio

Hicimos la caminata esta vez a un parque que queda a 10 minutos de su casa y aumentamos el tiempo a 25 minutos, registre sus signos vitales previo a esto, obteniendo T/A 100/70 mm/Hg F.C. 72min., F.R. 22min., Temp. 36.4C; platicamos durante el recorrido de cómo se ha sentido y menciona que satisfecha, ya que sus molestias en sus piernas y su pie derecho han desaparecido por completo y que continuará con los masajes, así como además de seguir al pie de la letra las indicaciones de su médico en cuanto a su tratamiento posmenopáusico, cada día se siente mucho mejor; también menciona que con la dieta ya no se siente tan pesada y ni se sofoca tanto, por mi parte me dio gusto y le di ánimos para que continuara con estas actividades aun después de que terminemos con este trabajo.

Miércoles 18 de Julio

Hoy una de sus hermanas le trajo un aparato de pilas para dar masaje, me enseñó como funciona y le comenté que esto le ayudará de mucho para darse sus masajes en sus piernas.

Nos fuimos a caminar al mismo parque y esta vez hicimos los 30 minutos, también realizamos algunos ejercicios.

De regreso a su casa le expliqué algunas técnicas para que solita pudiera ponerse sus pantimedias, cuando llegamos le pedí que realizara las técnicas que le describí, al principio le costó trabajo pero estaba dispuesta a practicarlas, tanto su esposo y sus hijas están de acuerdo en apoyarla y ayudarla cuando se le dificulte el ponérselas.

Jueves 19 de Julio

Reforcé la enseñanza de cómo colocarse las medias durante la caminata así como de aclararle algunas dudas acerca de su padecimiento y lo importante que es continuar con su tratamiento médico.

De regreso le pedí que se colocara sus medias y esta vez no le costo tanto trabajo como al principio.

Viernes 20 de Julio

Durante nuestra última caminata le di las gracias por haberme permitido trabajar y realizar este plan de cuidados con ella y le pedí que continuara con todas las actividades realizadas durante estas dos semanas, si no podía a diario por lo menos hacer la caminata tres veces a la semana.

De regreso a su casa también le di las gracias a su familia y les recordé lo importante que es que apoyen a la paciente y le den ánimo para que continúe ya tienen como finalidad mejorar su estado de salud.

X. PLAN DE ALTA

Con la finalidad de que se cumpla al 100% los objetivos que se plantearon durante la realización de este plan de cuidados a una mujer adulta con descalcificación ósea, se le entregó a ella y a su familia los instrumentos utilizados durante estas dos semanas para que continúe realizándolos junto y con el apoyo de su familia.

Es por eso que:

*Se le entregó una copia de los alimentos que puede consumir sin alterar la dieta indicada por su médico, con el objetivo de que pueda variar sus comidas y pueda llevarla a cabo, así como también una lista de los alimentos que contienen calcio y fósforo para que en un tiempo mejore su condición de salud en cuanto a su descalcificación ósea. A sí mismo se le recalco lo importante que es el de asolearse para que absorba mejor sus huesos estos elementos.

*Por otra parte se le entregó una copia de los ejercicios para que mejore su tono muscular y flexibilidad, su familia se comprometió a realizarlos junto con ella, así como las caminatas ya sea por la mañana o tarde.

Con lo anterior podemos afirmar que en un periodo a mediano plazo y siguiendo fielmente estas indicaciones mejorar su estado de salud y podrá ser independiente totalmente.

XI. CONCLUSIONES

Hoy en día con tantos avances científicos y tecnológicos como es la era de la computación, el Profesional de Enfermería debe estar al tanto de estos acontecimientos para valla adquiriendo nuevos conocimientos y reafirme los ya obtenidos durante su educación, no por ello nos olvidaremos de la esencia de la profesión de Enfermería que es el de proporcionar cuidados a todo individuo de cualquier edad, sexo, religión, condición social, etc, este sano o enfermo con la única finalidad de que mejore su condición de salud y tenga por ende una mejor calidad de vida.

Es por esto que al realizar este Proceso de Enfermería basándonos en la Teoría de V. Henderson nos permite conocer más afondo los elementos de su teoría (Persona, Salud, Entorno y Enfermería), así como las 14 necesidades que todo ser humano necesita para subsistir y al analizar cada etapa de este Proceso nos permite investigar con mayor profundidad acerca de un individuo o grupo en específico con el fin de satisfacer las necesidades que requieran de nuestro apoyo; todo lo anterior me permitió desarrollar e implementar junto con la cliente un plan de cuidados basándome en los problemas detectados durante la recopilación de datos, esto se llevo a cabo en su hogar.

Durante la realización de este plan de cuidados basado en las 14 necesidades, pude poner en práctica los conocimientos obtenidos durante mi enseñanza tanto teórica, como práctica; así mismo me impulso a investigar más acerca del padecimiento que presenta la cliente así como de temas, de los cuales tenía poca información.

Al principio se me dificultó un poco al realizar este trabajo ya que con el paso del tiempo se va perdiendo la práctica o habilidad de desarrollar Procesos de Enfermería, además si no contamos con los conocimientos suficientes o bases para realizarlos.

Aunque no se logro la satisfacción total de los problemas detectados, sí se cubrió la mayor parte de estos, ya que pudo observarse notablemente una mejoría de la Paciente en cuanto al dolor que refería en su pie derecho, así como la disnea al caminar rápido o correr una distancia corta; las demás necesidades poco a poco se irán resolviendo con la voluntad y la constancia de la paciente.

Finalmente es satisfactorio la realización de este Proceso de Enfermería ya que durante el mismo se reafirmaron conocimientos y se aprendió nuevas herramientas , las cuales servirán en el futuro para realizar otros planes de cuidados y poder desarrollar mejor la profesión y dar un mejor servicio al ser humano sano o enfermo.

XII. SUGERENCIAS

- Que la paciente siga al pie de la letra todas las indicaciones prescritas por su médico tratante para su Descalcificación ósea y sobrepeso, explicándole la importancia que tienen estas.
- Que siga con la dieta prescrita por su médico y varíe esta con la lista de alimentos que se le entregó para que no sea monótona y que su familia la siga apoyando como hasta ahora.
- Que continúe tomando el sol por las mañanas y reforzarle los conocimientos del por que es importante hacerlo, es más recomendarle que lo haga mientras realiza sus caminatas por la mañana.

XII. GLOSARIO

Abstracto .- Indica una cualidad con exclusión del sujeto, como belleza o maldad; considerar aisladas del sujeto, sus cualidades o el objeto, es su pura esencia.

Calcitonina.- Hormona de la glándula tiroidea, que disminuye las concentraciones sanguíneas de calcio y fosfato al inhibir la resorción ósea y acelerar la captación de calcio por parte de los huesos.

Coexiste .- Existir una persona o cosa a la vez que otra.

Disciplina .- Doctrina, enseñanza o educación en lo moral.

Entidad .- Lo que constituye la esencia o sustancia de una cosa, ente o ser.

Fenómeno .- Toda apariencia o manifestación, material o espiritual.

Hostil .- Contrario o enemigo.

XIV. BIBLIOGRAFIA

- ALFARO Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería.
Ed. Doyma. ,ed. México. 1986 . 182pp.
- CARPENITO Linda Juall. Manual de Diagnóstico de Enfermería.
Ed. Interamericana – Mc. Graw Hill, 4ta. Edición, ed. España 1993.
- COLLIERE Marie Françoise. Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros. Ed. Interamericana- Mc. Graw Hill. ed.Barcelona 1993.
- COLLIERE Marie Françoise. Promover la Vida de la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Ed.Interamericana – Mc. Graw Hill.
1ra. Edición. ed. Madrid 1997. 395pp.
- DE TERAN Elena. Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud.
Ed. Mosby Doyma. ,ed. Madrid 1995.
- ENEO. El Proceso de Enfermería, Seminario- Taller.
UNAM.Mayo 2001.
- ENEO. Teoría y Modelos Compilación. México. UNAM. 1998.
- FERNÁNDEZ F. Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson Salvat. ,ed. Barcelona 1995.
- HENDERSON A. Virginia. La Naturaleza de la Enfermera.
Ed. Interamericana. ,ed. España 1994.
- HERNÁNDEZ J. Conexa. Fundamentos de la Enfermera. Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw Hill – Interamericana. 1ra. Edición, ed. Madrid 1999. 152pp.
- LARATE Arturo. Menopausia y Cerebro. Aspectos Psicosociales y Neurohormonales de la Mujer Climatérica., 1ra. Edición., ed. México 1997.
- LEONA A. Mourad. Ortopedia, Serie Mosby de Enfermería Clínica.
Ed. Mosby Doyma libros. 1ra. Edición., ed. España 1994.

SOLIS Guzmán Carolina y Orozco Tagle Amanda. Programa Académico de Servicio Social y de Titulación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM 1997.

TAPTICH Bárbara J. et. al. Diagnósticos de Enfermería y Planeación de Cuidados. Ed. Interamericana – Mc. Graw Hill, ed. México 1992. pp 258.

TORTORA Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 6ta. Edición, ed. Colombia 1993.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____
Talla: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Domicilio: _____ Procedencia: _____
Fuente de información: _____ Fiabilidad(1-4): _____
Miembro de la familia/persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimenticia/alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas y cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrizacion: _____

otros: _____

ELIMINACIÓN

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruación/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

OBJETIVO

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpitación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

OBJETIVO:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.-Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección a la piel.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Habitos de descanso: _____

Habitos de trabajo: _____

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulacion: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ de sueño: _____

Siesta: _____ ayudas: _____

¿padece insomnio? _____

A que se considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

OBJETIVO:

Estado mental:

ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ atención: _____ bostezos: _____ concentración: _____

Apatía: _____ cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influyen en su estado de animo para la selección de vestir? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para le selección de su vestuario? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

Objetivo:

Aspecto personal: _____

Olor corporal: _____

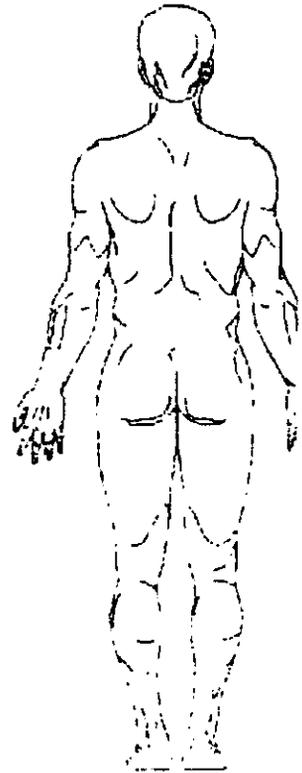
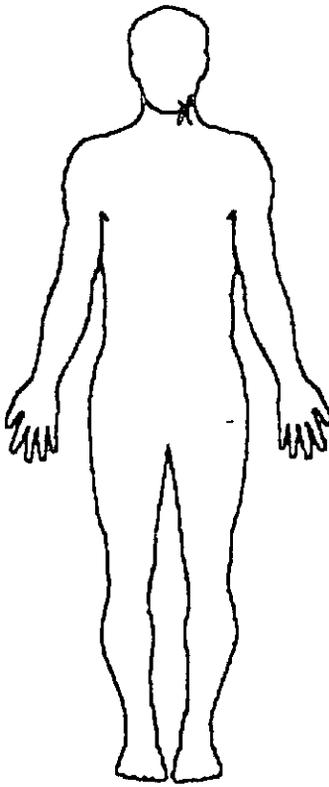
Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



Necesidad de evitar Peligro

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformaciones congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.-Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus necesidades y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunicar sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencias religiosas: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objetivo indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/
inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Nombre: Isabel Edad: 52 años. Peso: 72 años. Talla: 1.58 años.
Fecha de nacimiento: Mayo 16 de 1949. Sexo: Femenino. Ocupación: Hogar.
Escolaridad: Primaria terminada y segundo año de Comercio. Domicilio:
Procedencia: México, D.F. Fuente de información: La paciente y su familia.
Fiabilidad(1-4): 4. Miembro de la familia/persona significativa: Mamá.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea debido a: Al caminar o correr una distancia corta. Tos productiva/ seca: no presenta. Dolor asociado con la respiración: no presenta.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A de 100/70, F.C.70, F.R. 20, Temperatura 36.0 C, pulsos presentes, rítmicos

Tos productiva/seca: no. Estado de conciencia: Ubicada en tiempo, espacio y lugar.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Piel rosada, recuperación capilar 2- 3 segundos. Circulación del retorno venoso: No hay alteración, hay sensibilidad.

Otros: _____

NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo): Normal alta en harinas y grasas.

Numero de comidas diarias: tres. Trastornos digestivos: no presenta.

Intolerancia alimentaria/alergias: no refiere alergias.

Problemas de la masticación y deglución: no presenta.

Patrón de ejercicios: Realiza actividades propias del hogar con ayuda de su familia.

Objetivo:

Turgencia de piel: Turgencia ++, se observa piel ligeramente seca.

Membranas mucosas hidratadas/secas: Hidratadas.

Características de uñas/cabello: Bien implantado, color castaño oscuro con algunas canas, uñas brillantes, bien cuidadas.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Hay coordinación en sus movimientos.

Aspecto de dientes y encías: No se observa caries, ni encías sangrantes, están sonrosadas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No presenta heridas.

Otros: _____

ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua 1 o 2 veces al día. características de las heces, orina y menstruación: Heces normal, bien formadas; micción de características normales, varias al día; ya no menstrua, tiene 2 años.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Presento cálculos renales en 1999.

Uso de laxantes: no utiliza. Hemorroides: no presenta.

Dolor al defecar/menstruación/orina: No refiere.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influye de ninguna forma.

Objetivo:

Abdomen/características: Blando, depresible, globoso por su sobrepeso.

Ruidos intestinales: Presentes.

Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa globo vesical, no presenta dolor a la palpación.

Otros: _____

TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se adapta rápido a los cambios de temperatura.

Ejercicio/tipo y frecuencia: No realiza ningún tipo de ejercicio.

Temperatura ambiental que le es agradable: Le gusta lo templado, temperatura ambiente.

Objetivo:

Características de la piel: Ligeramente reseca y tibia. Transpiración: Normal, si suda.

Condiciones del entorno físico: Su casa bien ventilada, usa ropa adecuada para cada cambio de clima.

Otros: _____

2.-Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: no realiza ejercicio físico, solo cuando realiza actividades en su hogar.

Actividades en el tiempo libre: Le gusta ver televisión, tejer y escuchar música.

Hábitos de descanso: Dormir una siesta por la tarde regularmente.

Hábitos de trabajo: Actividades en el hogar.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Disminuido en su pie derecho, ya que refiere dolor en esta parte; resto sin problemas.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Buen tono muscular, le cuesta flexionar el pie derecho. Posturas: Erguida, adecuada.

Ayuda para la deambulación: No necesita ayuda, sin embargo claudica a la de ambulación por el dolor que presenta en dorso de pie derecho específicamente.

Dolor con el movimiento: En ocasiones presenta dolor en sus piernas y al caminar.

Presencia de temblores: No presenta Estado de conciencia: Alerta, conciente.
Estado emocional: Se observa tranquila, pero a veces se ve molesta por no moverse como antes de presentar su dolor en sus piernas y su pie derecho.

Otros: _____

DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: no Horario de sueño: De 23 p.m a 9 a.m.

Horas de descanso: no de sueño: 10 horas

Siesta: 30 minutos por la tarde de 5 a 6 pm. Ayudas: Ninguna.

¿Padece insomnio? No.

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? Si.

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: Conciente, orientada, a veces estresada.

Ojeras: no presenta. Atención: Buena, esta atenta. Bostezos: no. Concentración: Buena.

Apatía: A hacer ejercicio. Cefaleas: No Respuesta a los estímulos: Normal, no presenta alteraciones.

Otros: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influyen en su estado de animo para la selección de vestir? No.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No, se viste como a ella le gusta.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? No, pero en ocasiones le pide consejos a su familia para escoger su vestimenta para algún evento familiar o fiesta importante.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si, siempre esta presentable y con la ropa adecuada.
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Se le dificulta colocarse sus medias y/o pantimedias por su abdomen globoso.
Vestido incompleto: el no colocarse por si sola sus medias. Sucio: No Inadecuado: No
Otros: _____

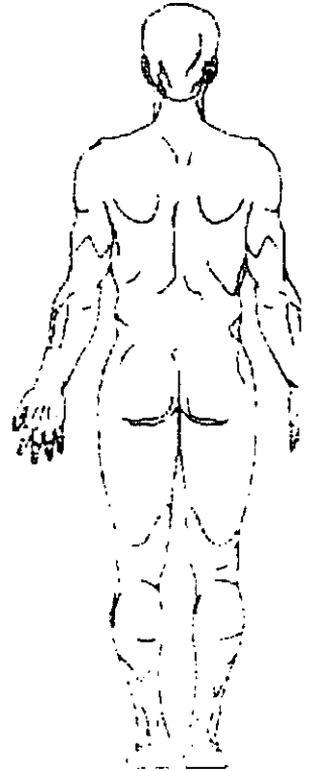
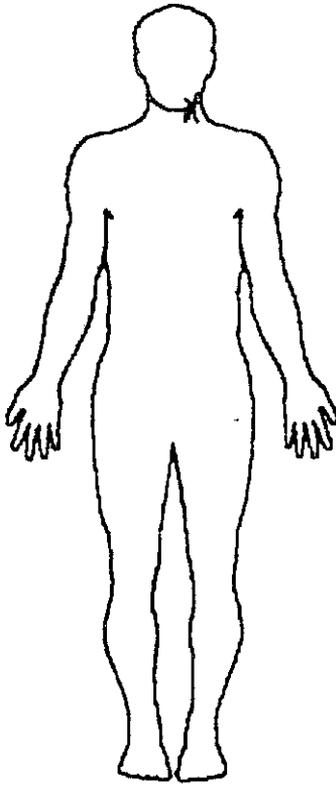
Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño y cambio de ropa diario.
Momento preferido para el baño: Por las noches.
Cuantas veces se lava los dientes al día: tres veces al día, después de cada comida.
Aseo de manos antes y después de comer: Si, siempre. Después de eliminar: si.
¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? No.

Objetivo:

Aspecto general: Limpia y pulcra. Olor corporal: Sin olores desagradables.
Halitosis: No presenta. Estado del cuero cabelludo: Normal, no hay resequead, ni grasoso. Lesiones dérmicas, que tipo: No presenta.
Otros: Presenta cicatrices antiguas por cirugías anteriores, en mentón lado izquierdo y en región perianal.



Necesidad de Evitar peligro

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Su Esposo y tres hijas.

Como reacciona ante una situación de Urgencia: Se mantiene tranquila para transmitir confianza a su familia.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si.

En el hogar: Si En el trabajo: No trabaja.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Si, periódicamente se realiza estudios ginecológicos.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Realizando quehacer en su casa, como lavar, planchar, etc.

Objetivo:

Deformaciones congénitas: No refiere.

Condiciones del ambiente en su hogar: Recibe apoyo de su familia, así como ayuda en los quehaceres del hogar, es armonioso el ambiente.

Trabajo: No trabaja.

Otros: _____

3.-Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus necesidades y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Casada. Años de relación: 28 años. Viven con: Su esposo y sus tres hijas.

Preocupaciones/estrés: Le preocupa que a veces no alcanza el dinero y ella no trabaje para ayudar a su familia. Familiares: Mantiene buenas relaciones y comunicación con ellos,

Otras personas que puedan ayudar: Su mamá y hermanas.

Rol en la estructura familiar: Como mamá, siempre está disponible a escuchar y orientar.

Comunicar sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Siempre mantiene al tanto a su familia, además de que su familia, está pendiente de su salud.

Cuanto tiempo pasa sola: Por lo regular en las mañanas de las 9 a 12 hrs.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No trabaja.

Objetivo:

Habla claro: Si. Confusa: No.

Dificultad en la visión: Se le dificulta ver de cerca, cuenta con anteojos. Audición: no presenta problemas. Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Es buena con cada uno de su familia y familiares.

Otros: _____

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencias religiosas: Es católica como toda su familia.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? No.

Principales valores en su familia: Unión familiar, amor hacia ellos y los demás, respeto, humildad y gratitud.

Principales valores personales: Ser comprensiva, equitativa, respetuosa, ser justa.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si, actúa según sus ideas y principios

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Ninguno.

¿Permite el contacto físico? Si, siempre le hace cariños a su familia.

¿Tiene algún objetivo indicativo de determinados valores o creencias? Si, tiene su Biblia y varias imágenes religiosas.

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? No Tipo de trabajo: Solo trabaja en las actividades o quehacer en su hogar.

¿Está satisfecho con su trabajo? Si ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega? Muy satisfecha.

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/
inquieto/eufórico: Es tranquila, calmada.

Otros: _____

ANEXO 3

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales

T/A :100/ 60mm/hg, F.C.: 70/min. , F.R.: 20 /min., Temperatura: 36.5 C.

Talla: 1.58 cms. Peso:72kgs. Edad: 52 años.

Piel: Reseca.

Cabeza: Cráneo normo céfalo, sin exostosis, ni hundimientos.

Oídos: Pabellones auriculares bien implantados, conductos auditivos externos permeables.

Nariz: Recta con narinas permeables.

Boca: Mucosa oral semihidratada, dentadura completa, encías sonrosadas.

Garganta: No se palpan crecimientos amigdalinos , normohémica.

Cuello: Cilíndrico con traquea central, pulsos carotídeos presentes y rítmicos.

Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares limpios, bien ventilados con amplexión y amplexación normal.

Abdomen: Globoso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente.

Genitales: De acuerdo a edad y sexo.

Columna: No se observa deformidad.

Neurológico: Sin hipoestésias, ni parestésias.

Locomotor: Realiza marcha independiente bipodálica, plantigrada con Claudicación leve a expensas de miembro pélvico derecho.

Extremidades: Superiores sin deformidad; Inferiores se observa aumento de Volumen en dorso de pie derecho.

PADECIMIENTO ACTUAL

Aproximadamente a finales de Junio refiere ocasionalmente dolor y aumento de volumen en su pie derecho, específicamente en dorso, lo cual le dificulta para poder realizar sus actividades cotidianas y el caminar adecuadamente. El dolor es intenso, cuenta con tratamiento médico con Diclofenaco sódico, el cual lo toma dos veces al día, el dolor disminuye pero no en su totalidad.

También se encuentra bajo tratamiento hormonal y suplemento de calcio, sobrepeso ya que se encuentra en la postmenopausia, a demás de haberle detectado Descalcificación ósea en este mismo mes.

Antecedentes Familiares

Abuelos Paternos: Finados ignora la causa.

Abuelos Maternos: Materna con hipertensión, finada.

Abuelo finado por cirrosis.

Padre Diabético.

Antecedentes no Patológicos:

Originaria del D.F., habita casa propia con su familia: Esposo, tres hijas, suegros y una cuñada. Cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios .

Su alimentación buena en calidad y alta en cantidad en cuanto a sus requerimientos corporales.

Antecedentes Patológicos:

Las propias de la infancia.

Tuvo 3 embarazos los cuales todos fueron por parto normal, ningún aborto.

En 1999 padeció de cálculos renales, los expulso sola, con tratamiento médico, no necesito cirugía.

A los 8 años fue operada de un absceso a la altura de mandíbula inferior izquierda.

A los 48 años inicio la Menopausia, fecha de última menstruación fue hace 2 años en Junio.

A los 51 años fue intervenida de una fístula en región de periné.

ANEXO 4

ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL ESQUELETO

El esqueleto humano esta compuesto de 200 huesos.

Estos pueden ser largos, como los de los brazos y las piernas; cortos, como los de los tobillos y las muñecas; planos como el esternón y la escápula; irregulares, como las vértebras o redondos como las rotulas.

Los huesos de brazos, piernas, hombros y pelvis forman el esqueleto apendicular; los huesos del cráneo, de la cara y los huesecillos del oído, vértebras, costillas, esternón y hueso hioides constituyen el esqueleto axial.

FUNCIONES DE (ESQUELETO) LOS HUESOS

- .-Sostienen el cuerpo y permiten que el individuo permanezca erguido.
- .-Protegen los órganos y tejidos internos.
- .-Ayudan al movimiento en la coordinación con los músculos y las articulaciones.
- .-Proporcionan zonas de reserva para minerales.
- .-Sirven de zonas para la formación de células sanguíneas en la medula ósea.(HEMATOPOYESIS)

CRECIMIENTO DEL ESQUELETO

El esqueleto empieza a desarrollarse en el periodo prenatal, por medio de un proceso denominado osteogénesis.

El esqueleto está completamente formado al final del tercer mes del periodo prenatal.

Después del nacimiento se desarrollan los centros secundarios en las regiones epifisarias y el crecimiento óseo se produce desde el extremo hacia el centro. Cuando el hueso ha alcanzado su tamaño final y cesa el crecimiento, los centros del crecimiento epifisario son remplazados por células óseas.

Mientras crecen los huesos, estos se alargan y se incrementa, ligeramente el diámetro exterior.

De manera continua se deposita nuevo hueso sobre las superficies externas, mientras se reabsorben las superficies internas, hasta que el hueso alcanza su forma final.

Este proceso de formación-resorción ayuda a remodelar o a formar el hueso; con el fin de maximizar la capacidad para soportar carga, mientras se maximiza su masa o peso.

El crecimiento óseo y la osificación, por lo general de forma longitudinal, se prolongan en las niñas hasta los 15 años y en los niños hasta los 16 años. Sin embargo, la maduración ósea y su configuración se prolongan, en ambos sexos, hasta los 21 años.

ESTRUCTURA DEL TEJIDO OSEO

La proporción tubular del hueso es la diáfisis, y los extremos son la epífisis; estas se hallan cubiertas por cartilago, el cual actúa como amortiguador y protector mientras soportan carga y ejecutan movimiento.

La diáfisis está separada de la epífisis por la lamina de crecimiento y por las arterias nutricias de la metafisis.

El hueso tubular está compuesto por células óseas densas y duras que constituyen el hueso compacto, mientras que los extremos óseos están conformados por células óseas blandas y porosas que constituyen el hueso esponjoso.

Las células óseas esponjosas de las crestas de los huesos iliacos y de la tibia, el esternón y los extremos de los huesos largos contienen médula ósea roja, responsable de la hematopoyesis.

La diáfisis de los huesos largos contienen medula amarilla compuesta principalmente por células grasas cuya función es rellenar las células óseas rojas cuando es necesario.

En la superficie de un hueso presenta muchas prominencias, que sirven como puntos de inserción para ligamentos y tendones y para proteger los nervios y vasos sanguíneos. Las prominencias pueden ser redondeadas, con una forma semejante a nidillos(cóndilos); eminencias pequeñas, redondas (tubérculos); apófisis grande, irregulares(trocánteres) o cadenas estrechas o crestas (huesos frontales y crestas iliacas).

Las eminencias pueden ser transversales (apófisis transversas de vértebras y orejas) o extenderse por la parte posterior (apófisis espinosa posterior) o por la parte anterior, como en el caso de los cartílagos nasales.

Los huesos contienen también alvéolos, fosas (depressiones), fisuras (hendiduras estrechas), orificios (para nervios, músculos y vasos sanguíneos), senos (cavidades) y surcos (acanaladuras).

La envoltura externa dura de los huesos (periostio) contiene arterias nutricias que alimentan a las células óseas. Las fibras del periostio, denominadas fibras de Sharpey, penetran en el interior del hueso con el objeto de ayudar o sostener el periostio o hueso.

Los vasos sanguíneos del periostio se comunican con los vasos en el canal central del sistema Haversiano, el cual es la unidad estructural microscópica del hueso compacto.

SISTEMA HAVERSIANO

Esta compuesto de cuatro partes:

- 1.-Laminillas: son capas concéntricas de células matrices cilíndricas, calcificadas, alineadas paralelamente a la diáfisis del hueso.
- 2.-Lagunas: son cavidades o espacios pequeños en las laminillas llenas con líquido tisular y células óseas (osteocitos).
- 3.-Canalículos: son canales muy pequeños, conectados con canales grandes, denominados canales haversianos.
- 4.-Canal Haversiano:es un canal que se extiende longitudinalmente por el centro de cada sistema haversiano; contiene vasos sanguíneos para proporcionar nutrientes y eliminar desechos producidos por el crecimiento y la resorción ósea.

El hueso compacto contiene miles de sistemas haversianos, sostenidos por laminillas intersticiales y en forma de circunferencia.

Los tejidos óseos blandos o esponjosos no tienen sistemas haversianos. En su lugar, presentan un sistema de espacios similares a una red, llenos de medula roja;

los espacios están separados por proyecciones óseas denominadas trabéculas. Estas se hallan organizadas a lo largo de las líneas de carga, lo que proporciona resistencia a los huesos.

FORMACIÓN Y RESORCIÓN ÓSEAS

Los huesos son estructuras vivas que continuamente intervienen en el proceso de formación ósea, en equilibrio con su resorción.

La formación y la resorción están sujetas a las acciones de los osteocitos, principales células de la formación ósea y los osteoclastos, células responsables de la resorción ósea.

Los osteocitos se forman a partir de los osteoblastos, células en forma de huso que se encuentran en el endostio y por debajo del periostio de los huesos.

Los osteoblastos permanecen inactivos hasta que son necesarios para el crecimiento óseo, cuando maduran dentro de los osteocitos.

El proceso de formación y resorción previene que los huesos sean excesivamente gruesos o delgados; estos procesos están relacionados con el metabolismo y con los niveles de calcio y fósforo del organismo.

Aproximadamente el 98% del calcio extracelular corporal se halla en los huesos; las concentraciones séricas de calcio y de fósforo están reguladas por las secreciones hormonales de las glándulas paratiroides, por la absorción intestinal y por la retención o excreción renal, de manera que las concentraciones relativamente estables se mantienen por la homeostasia.

Los niveles bajos de calcio estimula la producción de la hormona paratiroide (PTH), la cual estimula a los osteoclastos a descomponer la estructura ósea; esta libera los cristales de fosfato calcico, con objeto de incrementar las concentraciones séricas de calcio. Además el sistema de transporte intestinal absorbe el calcio, que se desplaza desde la luz del intestino a la sangre.

La retención de calcio se incrementa en los tubulos renales, aumentando sus niveles séricos y por tanto, reduciendo al mismo tiempo la retención o reabsorción de fosfato. A través de estos procesos los niveles de calcio permanecen relativamente constantes y los huesos permanecen fuertes con un contenido de calcio relativamente estable.

La resistencia, la formación y la resorción óseas son también afectadas por la cantidad y el metabolismo de la vitamina D, la cual facilita la absorción de calcio y fósforo en el intestino. Una deficiencia de vitamina D o bien de exposición a la luz solar (necesaria para activar los precursores del esteroide a la vitamina D en la piel)

provoca cambios óseos, un estado conocido en los niños como ratiquitismo; y en los adultos como osteomalacia o descalcificación ósea.

DESCALCIFICACIÓN

Es la pérdida de sales de calcio de dientes y huesos, producidos por mal nutrición, mal absorción u otros factores dietéticos o fisiológicos.

Puede ser el resultado de una dieta sin calcio adecuado. La mala absorción puede deberse a la falta de vitamina D necesaria para absorber el calcio del intestino, un exceso de grasas en la dieta, que pueden combinarse con el calcio, a la presencia de ácido oxálico que también puede combinarse con el calcio o a una pérdida relativa de ácidos en el tracto digestivo. Otros factores son: el control del nivel de calcio en el torrente circulatorio para la parathormona, el cociente calcio-fósforo de la sangre y la actividad relativa de las células osteoblasticas, que forman depósitos de calcio en huesos y dientes, con respecto a la de los osteoblastos, que absorben el calcio óseo y dentario.

VITAMINA D

Vitamina hidrosoluble relacionada químicamente con los esteroides y esencial para la formación normal de huesos y dientes y para la absorción de calcio y fósforo en el aparato gastrointestinal. También actúa junto con la hormona paratiroidea.

Los alimentos naturales que contienen vitamina D son de origen animal y entre ellos se encuentran los pescados de agua salada, especialmente salmón, sardinas y arenques; carnes de vísceras; aceite de hígado de peces; yema de huevo y la leche reconstituida.

CALCIO

Es el cation mas abundante del cuerpo; se combina con el fósforo en una proporción de 2: 1.5.

El 99% de calcio se almacena en los huesos y dientes el resto en músculos, tejidos blandos y plasma sanguínea. La calcemia esta regulada por la calcitonina y hormona paratiroidea.

Su absorción tiene lugar solo en presencia de la vitamina D; la mayor parte de su excreción corresponde a las heces y a la menor, a la orina.

Sus fuentes son leche, yema de huevo, mariscos y verduras de hoja verde.

FÓSFORO

El 80% forma parte de huesos y dientes y el resto en músculos, células encefálicas y sangre.

Desempeña mas funciones que ningún otro mineral como ejemplo: desempeña una función significativa en la contracción muscular y actividad nerviosa. La concentración sanguínea de fósforo depende de la calcitonina y hormona paratiroidea. Se excreta principalmente en la orina y en mínima en la heces.

Sus fuentes son los productos lácteos, carne magra, pescado, aves de corral y nueces.

ALTERACIONES OSEAS

Algunas alteraciones óseas se originan por deficiencias de vitaminas y/o minerales o por que hay muy poca cantidad de hormonas las cuales se encargan de regular la homeostasis.

Entre la pubertad y la edad madura las hormonas sexuales, en especial los estrógenos (beta-estradiol, estrona y estriol) , mantienen al tejido óseo estimulando a los osteoblastos para que formen hueso nuevo (los osteoblastos contienen en su núcleo receptores a los estrógenos). Las mujeres producen pequeñas cantidades de hormonas sexuales después de la menopausia y la durante la vejes. Como resultado, los osteoblastos se hacen menos activos y hay una disminución en la masa ósea.

Inmediatamente después de la menopausia, se acelera la pérdida de masa ósea, pudiendo alcanzar durante los primeros 5 años de la posmenopausia una tasa anual de pérdida del 2 al 4 %. Esta pérdida de masa ósea no solo se detiene con el uso de la terapia hormonal de reemplazo THR, sino que se recupera parte de la masa ósea (sustitución de estrógenos).

Por otra parte el tejido adiposo es una fuente importante de estrona, un estrógeno que retarda la pérdida de masa ósea.

La gente sedentaria tiene mas predisposición a desarrollar pérdida ósea así como ciertas drogas como el alcohol algunos diuréticos, la cortisona y las tetraciclinas. Como se menciona anteriormente la terapia de sustitución de estrógenos, los suplementos de calcio y el ejercicio, se prescriben para prevenir o retardar el desarrollo de la osteoporosis en las mujeres posmenopáusicas.

La osteoporosis es una enfermedad relacionada con le edad, que se caracteriza por la disminución en la masa ósea y un aumento de la susceptibilidad a las fracturas principalmente de la cadera.

ANEXO 5

DIETA DE 1200 KCAL

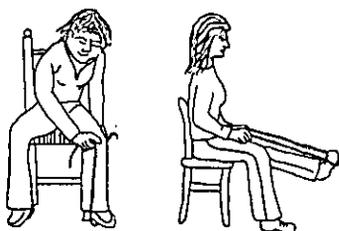
<p>Dieta tipo de 1200 Kcal.</p> <p>Desayuno 1 ración de pan 1 ración de carne 2 raciones de fruta ½ ración de leche 1 ración de grasa</p> <p>Comida 3 raciones de pan 2 raciones de carne 1 ración de leguminosas 1 ración de verdura 2 raciones de fruta 1 ración de grasa</p> <p>Cena 1 ración de pan 2 raciones de fruta ½ ración de leche 1 ración de grasa</p>	<p>RACION DE LECHE 8Hc/8P/7L=127 Kcal.</p> <p>1 ración de leche significa: 1 vaso(250ml) de leche entera ½ vaso de leche evaporada 3 cucharadas de leche en polvo 250ml de jocoque o yogurt La leche puede tomarse con café pero no de endulzara con azúcar. Se puede usar edulcorante artificial. Se puede sustituir la leche por lo siguiente:</p> <p>a) una ración de fruta y una de carne.</p> <p>b) una ración de carne y una de pan.</p> <p>c) dos raciones de verdura y una de carne.</p>	<p>RACION DE FRUTA 10Hc/0P/0L=40 Kcal.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Alimento</th> <th>Medida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Capulín</td><td>20pzas.</td></tr> <tr><td>Ciruela</td><td>4pzas.</td></tr> <tr><td>Durazno</td><td>1 mediano</td></tr> <tr><td>Fresa</td><td>1 taza</td></tr> <tr><td>Guayaba</td><td>2 medianas</td></tr> <tr><td>Higo</td><td>2pzas.</td></tr> <tr><td>Jícama</td><td>1 chica</td></tr> <tr><td>Mamey</td><td>1/3 pza.</td></tr> <tr><td>Mandarina</td><td>1 chica</td></tr> <tr><td>Manzana</td><td>1 mediana</td></tr> <tr><td>Mango</td><td>1 chico</td></tr> <tr><td>Melón</td><td>¼ pza.</td></tr> <tr><td>Naranja</td><td>1 chica</td></tr> <tr><td>Naranja(jugo)</td><td>½ vaso</td></tr> <tr><td>Papaya</td><td>1 taza</td></tr> <tr><td>Pera o Perón</td><td>½ pza.</td></tr> <tr><td>Piña</td><td>1 taza</td></tr> <tr><td>Plátano</td><td>½ pza.</td></tr> <tr><td>Sandía</td><td>½ taza</td></tr> <tr><td>Toronja</td><td>1 chica</td></tr> <tr><td>Toronja (jugo)</td><td>½ taza</td></tr> <tr><td>Tuna</td><td>2pzas.</td></tr> <tr><td>Zapote negro</td><td>½ pza.</td></tr> </tbody> </table>	Alimento	Medida	Capulín	20pzas.	Ciruela	4pzas.	Durazno	1 mediano	Fresa	1 taza	Guayaba	2 medianas	Higo	2pzas.	Jícama	1 chica	Mamey	1/3 pza.	Mandarina	1 chica	Manzana	1 mediana	Mango	1 chico	Melón	¼ pza.	Naranja	1 chica	Naranja(jugo)	½ vaso	Papaya	1 taza	Pera o Perón	½ pza.	Piña	1 taza	Plátano	½ pza.	Sandía	½ taza	Toronja	1 chica	Toronja (jugo)	½ taza	Tuna	2pzas.	Zapote negro	½ pza.
Alimento	Medida																																																	
Capulín	20pzas.																																																	
Ciruela	4pzas.																																																	
Durazno	1 mediano																																																	
Fresa	1 taza																																																	
Guayaba	2 medianas																																																	
Higo	2pzas.																																																	
Jícama	1 chica																																																	
Mamey	1/3 pza.																																																	
Mandarina	1 chica																																																	
Manzana	1 mediana																																																	
Mango	1 chico																																																	
Melón	¼ pza.																																																	
Naranja	1 chica																																																	
Naranja(jugo)	½ vaso																																																	
Papaya	1 taza																																																	
Pera o Perón	½ pza.																																																	
Piña	1 taza																																																	
Plátano	½ pza.																																																	
Sandía	½ taza																																																	
Toronja	1 chica																																																	
Toronja (jugo)	½ taza																																																	
Tuna	2pzas.																																																	
Zapote negro	½ pza.																																																	

RACION DE LEGUMINOSAS (COCIDAS) 18Hc/6P/1L=105 Kcal.		RACION DE GRASAS 0Hc/0P/5L=45Kcal.		RACION DE CARNES 30g 0Hc/7P/5L=73Kcal.	
Alimento	Medida	Alimento	Medida	Alimento	Medida
Chicharo	1/2 taza	Aceite	1 cucharadita	Carnes:	
Frijol	1/2 taza	Crema espesa	1 cucharadita	Conejo	1 rebanada chica
Alubias	1/2 taza	Manteca	1 cucharadita	Hígado	1/2 bistec chico
Garbanzo	1/2 taza	Mantequilla	1 cucharadita	Jamón	1 rebanada delgada
Lentejas	1/2 taza	Margarina	1 cucharadita	Pollo	1 pierna chica
Haba seca	1/2 taza	Mayonesa	1 cucharadita	Cerdo	1 rebanada chica
Soya texturizada	1/2 taza	Queso crema	1 cucharadita	Res	1/2 bistec chico
		Tocino	1 rebanada	Salchicha	1 pza.
		Aguacate	1/3 pza.mediana	Pescados:	
				Atún en aceite	1/3taza
				Otros tipos	1/2 filete chico
				Sardinas	2pzas.medianas
				Huevo:	1 pza(crudo, tibio o cocido)
				Queso:	
				Amarillo	1 rebanada chica
				Requesón	2cucharadas
				Fresco	1 rebanada chica
				Oaxaca	1 rebanada de 5cm

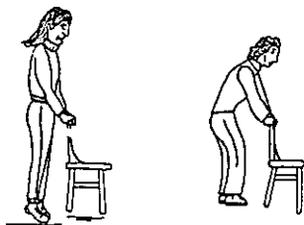
TIPO DE EJERCICIOS

Lo ideal de un programa es que se ejerciten todos los músculos de nuestro cuerpo, los siguientes ejercicios van a combinar tanto de tipo isotónico como isométrico, así como para fortalecer corazón y pulmones. El éxito del programa es que se aplique a cada ejercicio cierto grado de tensión, fuerza y energía. Repita cada ejercicio aumentando gradualmente su frecuencia según su capacidad de adaptación de dos, cinco, 10, 20 a 30 veces.

Ejercicio 1: Para dar flexibilidad a la pierna, teniendo una liga por debajo del pie siéntese recto y eleve su pierna hasta que la rodilla este derecha, repita con la otra pierna.



Ejercicio 2: Para fortalecer La parte interior de las Piernas y los tobillos: póngase de pie en posición erecta detrás de una silla y ponga sus manos en el respaldo, doble las rodillas hasta que éste en cuclillas y levántese apoyándose en los dedos de los pies, póngase de puntas hasta que se enderece propiamente, repita esto 10 veces.



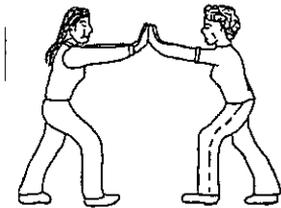
Ejercicio 3: Para fortalecer los flexores de la cadera y la parte inferior: de pie, erecto, con una mano a un lado de la silla y con la otra apoyada en el respaldo; levante la rodilla izquierda hacia el pecho lo mas que sea posible, sostenga unos momentos la posición y luego con La otra rodilla lo mas posible.



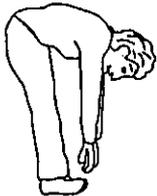
Ejercicio 4: Para fortalecer la Columna y los glúteos: de pie, erecto, detrás de una silla, con los pies juntos y las manos sobre el respaldo; levante una pierna hacia atrás lo mas lejos posible con la rodilla no flexionada, regrese a la posición y repita con la otra pierna.



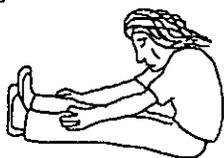
Ejercicio 5: Para fortalecer brazos, piernas, y espalda: parece de frente hacia una pared con la pierna derecha hacia delante y la izquierda atrás; extienda los brazos tocando los dedos y las palmas juntas, empuje la pared como si tratara de derribarla (ejercicio de fuerza).



Ejercicio 6: Para la flexibilidad de la columna y las piernas: de pie con los brazos juntos a los lados; lentamente dóblese hacia delante lo más posible como si intentara tocar los pies.



Ejercicio 7: para fortalecer la parte de la columna y las piernas; siéntese en el piso con las piernas estiradas hacia delante y las rodillas juntas; dóblese hacia delante poniendo las manos hacia los tobillos, trate de tocar con la barbilla las rodillas sin doblar estas, regrese a la posición e inhale profundamente cada vez que lo haga.



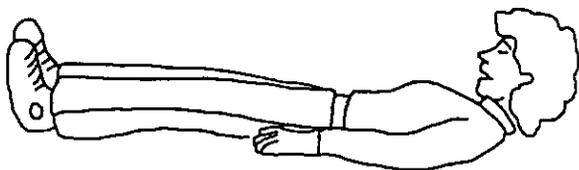
Ejercicio 8: Para incrementar la flexibilidad de la espalda: sentado y con las piernas separadas ponga las manos en el piso para que se apoye; dóblese hacia delante lentamente y extienda los brazos hacia las piernas.



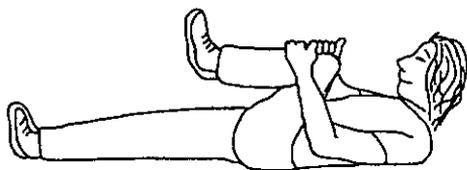
Ejercicio 9: Para fortalecer los músculos del estomago: siente con la rodillas dobladas, las piernas separadas, los pies en el piso y los brazos a los lados; doble el cuerpo en una posición hacia arriba y estire los brazos hacia delante buscando las rodillas mientras exhala y regrese hacia la posición del principio inhalando.



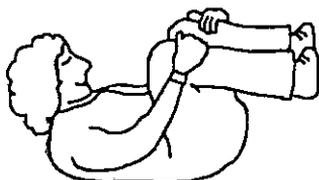
Ejercicio 10: Para reafirmar los músculos del estomago y los de la parte anterior del cuello: acostado con las piernas rectas y los brazos a los lados; dóblese hacia delante y separe los hombros del piso, aguante en esta posición contando hasta el numero cinco y regrese a la posición del principio.



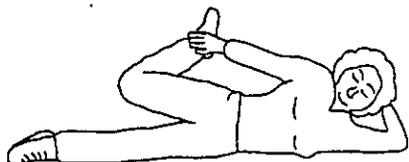
Ejercicio 11: Para fortalecer la parte posterior de la espalda y de la pierna: recuéstese con las manos a los lados; jale una pierna hacia el pecho, sostenga con ambos brazos y cuente hasta cinco, repita con la pierna opuesta.



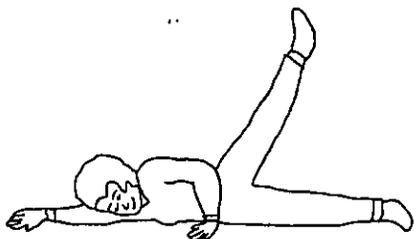
Ejercicio 12: Mismo ejercicio, pero con las dos piernas hacia el pecho, sosténgalas con los brazos arriba de las piernas; trate de levantar un poco las asentaderas del piso como si se diera un empujoncito hasta atrás, esto fortalece los músculos glúteos.



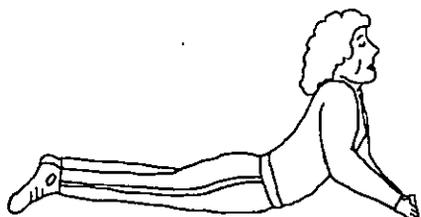
Ejercicio 13: Para fortalecer la parte superior de la pelvis y el área de la ingle: recuéstese sobre un lado, sostenga el tobillo con el brazo correspondiente (tobillo y pie derecho con la mano derecha), y ligeramente arquéese hacia atrás, aguante contando hasta 10.



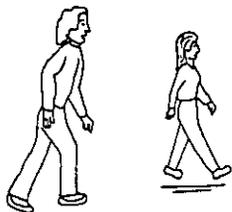
Ejercicio 14: Para fortalecer la parte exterior de la pelvis y músculos de la cadera: acuéstese de lado con las piernas extendidas; levante la pierna, sosténgala arriba lo mas alto posible, bájela a la posición, cambie de pierna.



Ejercicio 15: Para fortalecer la pared abdominal, pecho y parte del cuello: recuéstese boca abajo con los pies extendidos, apoyando en la punta de los dedos del pie: mientras seca el aire lentamente, enderécese sobre sus brazos y arquéese hacia atrás, sostenga la posición contando hasta 10 y regrese a la posición mientras toma el aire profundamente.



Ejercicio 16: Caminar como ejercicio
Los programas para caminar tienen como función principal mantener la capacidad del corazón y del pulmón, también tienen algunas ventajas sobre otras formas de ejercicio; no requiere instrucción previa, puede ser hecho casi donde quiera, a cualquier hora, no cuesta, no necesita equipo y tiene las menores posibilidades de lastimar que cualquier otra forma de ejercicio.



ANEXO 7**PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIAR**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES

ANEXO 7

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIAR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES