

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

2

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A UN ADULTO MAYOR
CON DIABETES MELLITUS

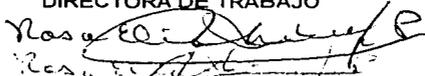
QUE PARA OBTENER ÉL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MICAELA ACOSTA DEMETRIO

No. CUENTA: 9253232-0

DIRECTORA DE TRABAJO


LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

II. OBJETIVOS

GENERAL

Proporcionar atención de enfermería a un adulto mayor con diabetes mellitus, a través del proceso de atención de enfermería, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS

Valoración de enfermería con un instrumento específico para obtener información sobre las necesidades de un adulto mayor con "Diabetes Mellitus".

Proyectar la intervención de enfermería conjuntamente con el adulto mayor y su familia.

Evaluar las intervenciones de enfermería conjuntamente con el adulto mayor y su familia.

I. INTRODUCCIÓN

La formación de la enfermería profesional se desarrolla más allá de la teoría recibida en las aulas, requiere de un marco donde se dé la integración de los conocimientos y la práctica dada tanto individual como en la familia y a nivel comunitario. Si esto no fuera así, se perdería el sentido de la enfermería, ya que como profesión, se considera disciplinaria, desarrollada a través de la historia con un quehacer propio y explicable; aunque hoy en día todavía existe mucha incertidumbre entre el personal de enfermería debido al desconocimiento de lo que es en sí la profesión y de los compromisos y roles que juega la enfermera, por todo lo que esto implica se hace necesaria la concientización y preparación de las enfermeras tanto para las labores a nivel institucional como para las docentes, que se encargan de preparar a los alumnos dentro de las aulas.

Es por ello que al desarrollar este trabajo hacemos un recorrido a través de la historia de la enfermería, gerontológica, para poder valorar los alcances logrados con el correr de los años, y plantear de manera objetiva la importancia de introducir en nuestra práctica diaria nuevos instrumentos que la faciliten, pero que además sirvan de soporte para el desarrollo y avance de las enfermeras, dando un sello a su calidad de profesional.

Por lo tanto, desarrollar un proceso de atención de enfermería ha sido para mí un reto, ya que me dio la oportunidad de valorar mis capacidades y limitaciones para el desempeño de mi profesión. Es por esto que me aboqué a realizar un proceso de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson, y la clasificación de los diagnósticos de enfermería autorizados por la NANDA.

Este proceso de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson, se aplicó a un adulto mayor con diabetes mellitus confirmando la facilidad que representa y los beneficios que se obtienen por lo que su realización debiera constituir una herramienta diaria del quehacer de la enfermera profesional.

AGRADECIMIENTOS:

**A MIS PADRES
GUADALUPE DEMETRIO Y ELIGIO ACOSTA**

POR SU DEDICACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA PODER TERMINAR MI TESIS

**A MIS HERMANOS:
GABRIELA
MARIA FELIX
GUADALUPE
MARIO**

POR SU APOYO Y COMPAÑÍA

A MI JURADO

A MI DIRECTOR DE TRABAJO

INDICE

	PAG
I. INTRODUCCION	
II. OBJETIVOS	a.
III. METODOLOGIA	b.
IV. MARCO TEORICO	c.
1. CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA	1
a. CONCEPTO	1
b. AMBITOS DE DESARROLLO	3
c. ESTADISTICAS	6
2. PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO	7
a. CONCEPTUALIZACION DE ADULTO MAYOR	7
b. CARACTERISTICAS FISICAS	8
c. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS	9
d. CARACTERISTICAS SOCIALES	11
3. DIABETES MELLITUS TIPO II	12
a. PREHISTORIA DE LA DIABETES	12
b. EPIDEMIOLOGIA	14
c. FISIOPATOLOGIA	15
d. DIAGNOSTICO	20
e. TRATAMIENTO	21
4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
a. ANTECEDENTES DEL MODELO	28
b. DEFINICION DE ENFERMERIA SEGUN VIRGINIA HENDERSON	29
c. LAS 14 NECESIDADES BASICAS	31
5. EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
a. ANTECEDENTES HISTORICOS	55
b. ETAPAS DEL PROCESO	56
6. APLICACIONES DEL PROCESO	
a. RESUMEN VALORATIVO	73
b. JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES	79
c. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PLAN DE CUIDADOS	82
d. PLAN DE ALTA	94
V. CONCLUSIONES	95
VI. BIBLIOGRAFIA	97
VI. ANEXOS	99

III. METODOLOGÍA

Este proceso de enfermería se aplicó a un adulto mayor con diabetes mellitus, revisando primeramente la bibliografía al alcance, posteriormente se reunió la información en resumen para que se facilitara la información y su uso; así como el de otros instrumentos necesarios, mismos que fueron empleados en la elaboración del marco teórico.

El adulto mayor seleccionado pertenece a un grupo de la tercera edad, en "La Casa de la Divina Providencia"; la cual se localiza en la calle independencia # 1, colonia la angostura, delegación Alvaro Obregón; El proceso de enfermería se realizó del 5 al 9 de noviembre del 2001; De lunes a viernes de 12:00 a 14:00 PM, a partir de la fecha en que se seleccionó a la persona, la cual se mostró entusiasta y cooperadora por conocer más acerca de su padecimiento.

Durante este tiempo se nos permitió estrechar una relación con su familia a nivel domiciliario para poder efectuar el plan de cuidados; Desde el inicio hasta la evaluación, la comunicación fue de manera verbal y escrita por medio de la valoración de enfermería en el anciano y el plan de cuidados; de manera que se nos permitió rectificarlo en el transcurso de su elaboración.

IV. MARCO TEORICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERIA GERONTOLÓGICA

a. CONCEPTO

La gerontología es una rama de la ciencia de la Medicina que trata los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana.

La enfermería gerontológica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento, es un estado evolutivo normal. Por consiguiente, la incapacidad y la disfunción no son acontecimientos normales ni inevitables. El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias, y que asume el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. La enfermería gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de la enfermería. Muchos de los problemas del anciano están asociados con el funcionamiento diario y, por tanto, son más sensibles a los modelos de cuidados de enfermería que al tratamiento médico. Estos modelos de enfermería gerontológica se basan en los siguientes principios:

- Los pacientes tienen el derecho a la autodeterminación y a una toma de decisiones independiente.
- Los pacientes son holísticos por naturaleza, y su salud y bienestar son afectados por la interacción de factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.
- La enfermería desempeña un papel importante ayudando a los pacientes a optimizar su salud, mejorar su calidad de vida, lograr su bienestar y facilitar su desarrollo personal.

Los ancianos son más vulnerables que los adultos más jóvenes a muchos problemas. Los cambios fisiológicos dificultan el mantenimiento y la recuperación de la homeostasis cuando se presentan con estresores fisiológicos. A menudo, hay déficits psicológicos y una preocupación sociológicamente impuesta por los déficits de memoria. Los requerimientos del procesamiento de la información de toda una vida de recuerdos pueden alterar las percepciones de la función

cognitiva y de la memoria. Las circunstancias vitales pueden alterar la imagen que el anciano tiene de sí mismo y pueden aumentar la posibilidad de depresión. Con el tiempo, la red social se altera, al disminuir el número de personas disponibles para la interacción a medida que los amigos y los miembros de la familia fallecen. Por ello, la soledad puede presentarse en la medida en que cambian las relaciones con otros allegados.

Desde el punto de vista económico, la reducción de bienes impuesta por la jubilación, unida al costo de la asistencia sanitaria, introduce la posibilidad de un empobrecimiento. Los ancianos frágiles son aquellos que, a menudo, tienen limitaciones sociales, económicas, físicas o mentales y que están enfermos o incapacitados la mayor parte del tiempo y requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Debido a estas circunstancias, consumen mayor cantidad de tiempo, espacio y dinero de la atención sanitaria.

El diseño de las actuaciones de enfermería para el anciano puede ser complejo, ya que están complicadas por las muchas dimensiones del envejecimiento. La diversidad entre los ancianos se intensifica debido al incremento de la duración de la vida, así como por los códigos genéticos diferenciales, los hábitos de salud y los déficits funcionales.

La enfermera necesita creatividad e ingenio para implementar un plan de cuidados, especialmente si el paciente padece déficits sensoriales. La falta benigna de la memoria de los pacientes ancianos puede ser un problema importante, la inteligencia no se ve afectada por el envejecimiento, aunque los ancianos son más capaces de utilizar su experiencia en la resolución de problemas y en el aprendizaje de nuevos conceptos que las personas más jóvenes.

La enfermera debe aprovechar las capacidades sensoriales existentes y facilitar el desarrollo del anciano a lo largo de su adaptación.

La enfermera gerontológica requiere de habilidades para la valoración de la salud de los adultos mayores, para la coordinación y manejo del cuidado de su salud, para establecer una relación empírica entre ella y el anciano. La enfermera tiene más posibilidades para contactar con el anciano que cualquier otro profesional del cuidado de la salud, porque poseen las habilidades para la valoración, el asesoramiento, el apoyo, la educación y la coordinación necesarios para cuidar del anciano en diversos ámbitos, porque pueden ayudar al anciano a desarrollar sus potencialidades. En síntesis, proporciona valoración, guía, formación y apoyo; cuida de los ancianos en su domicilio y en la comunidad; les dirige a otros tipos de cuidado cuando es necesario, y cuida de ellos cuando están sometidos a tratamientos sofisticados si fuera necesario ¹

En todos los ámbitos, el establecimiento de objetivos y planes es importante para el cuidado de los ancianos. La enfermera debe responder a las pautas especificadas por el plan médico de cuidados en tanto crea una perspectiva de enfermería comprensiva que incorpore objetivos relacionados con

la promoción de la salud, la rehabilitación y el mantenimiento de una capacidad funcional óptima o el apoyo en su declinar. Las enfermeras deben dar una respuesta global a los problemas de salud reales o potenciales. El anciano responde de forma diferente a la enfermedad, a la manifestación de los estados patológicos y a las consecuencias funcionales de la enfermedad (Miller 1990). Los adultos precisan un manejo especial por parte de enfermeras que están entrenadas para comprender sus necesidades únicas. La educación del cuidador y el desarrollo del programa seguirán constituyendo una gran parte del rol de la enfermera gerontológica.

b. AMBITOS DE DESARROLLO

Desde hace mucho tiempo las enfermeras son las principales personas encargadas de velar por la salud de los ancianos. En lo pasado, la atención de la población de ancianos enfermos terminó por ser responsabilidad de la enfermería principalmente porque no había quien se ocupara de ellos. Esta área de atención a la salud fue asignada a la enfermería, pero no era apreciada ni se asumió la responsabilidad de proporcionar servicios profesionales de alta calidad sobre bases materiales. En esta era de rápidos cambios tecnológicos, muchos de los segmentos de nuestra sociedad se orientan hacia la juventud y la productividad, y en relación con la salud, hacia la curación. Esto ocurre en razón de la mejor posición que se alcanza, y que las prioridades y recursos económicos otorgados a los prestadores de servicios para la salud se dirigen a curar individuos que aún tienen varios años de productividad por delante. Por tanto, las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos y los que en particular, además de sus padecimientos son ancianos, reciben la menor atención. Dada esta situación de desvalorización no es sorprendente que el personal de enfermería sea usado como prestador de servicios en instituciones cuyo objetivo es el conservar a los ancianos "como están" o servir sólo de guardianes.

En enfermería todos los que manifiestan interés en la atención de personas de edad avanzada se han reunido en grupos especiales de interés común, tanto en las organizaciones profesionales de enfermería como entre otras organizaciones. Ha sido un grupo brillante.

En 1970, el grupo de enfermería geriátrica fue el primero de la Americana Nurses Association que diseñó normas para la atención especializada.

En 1974 el grupo también estuvo entre los primeros que certificó personal clínico que demostró excelencia calificable en la especialidad.

¹ A. S. S. STAAB, L. C. Hodges Enfermería Gerontológica. Mc Graw – Hill. Interamericana; México 1996. p.p 3-24.

Actualmente el campo de la Geriatria está atrayendo cada vez más a nuevos clínicos entusiastas y talentosos, enfermeras con preparación para servir tanto en la comunidad como en establecimientos institucionales, y también enfermeras en ejercicio e investigadoras con preparación a nivel de doctorado. Algunas de ellas con experiencia y práctica extensas en el área se interesan activamente por mejorar sus conocimientos y habilidades en geriatría y gerontología mediante la educación continua y el estudio individual. La enfermería está presente como una disciplina diferente en relación con otros grupos de prestadores de servicios a la salud. Como tal, confiere diferentes perspectivas y habilidades a la valoración, diagnóstico y tratamiento de las situaciones de salud y enfermedad.

Existen dos principales categorías de fenómenos de las cuales tradicionalmente se ha ocupado la enfermería en la atención de los pacientes las cuales son:

- Las actividades de la vida diaria (AVD) : Hechos, necesidades, ambiente en el que se desarrolla, y valores y creencias. Estas actividades nos conducirán a las AVD de mayor riesgo para esa persona, como usar la estufa en forma segura, leer los letreros de los autobuses y los nombres de las calles, y las etiquetas de los envases de los alimentos, de los medicamentos que debe tomar, contratos que necesita firmar, etc. El enfoque de la vida diaria y la estructura de sus elementos permitirán a la enfermera enfrentar las fuerzas, deficiencias y asuntos que constituyen la perspectiva específica de la enfermería como disciplina.
- Estado funcional de salud: Cuenta con varias subcategorías. Entre ellas se incluye el estado biológico en relación con la edad, estado para las tareas de desarrollo, enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, y los factores externos que afectan el estado de salud. La enfermera que utilice las categorías del estado funcional de salud como base para valoración, diagnóstico y tratamiento deberá considerar por separado el estado del paciente en cada una de dichas áreas. Como paso siguiente efectuará la integración de los datos en cada una de las áreas en cuanto a la importancia que tienen entre sí. El resultado será un panorama completo de las fuerzas y deficiencias funcionales, que servirá como base para el diagnóstico y tratamiento en el campo de la enfermería.

La práctica individual de la enfermera no se conforma sólo por el método del diagnóstico y modelo de tratamiento, o por conocimientos y habilidades que se utilizan para su aplicación en la atención del paciente, además en la asistencia del anciano influyen de manera fundamental los valores y creencias que la enfermera tenga acerca de los ancianos a los que presenta sus servicios.

Las creencias son opiniones e ideas que una persona o grupo de personas aceptan como verdaderas, aunque estas no siempre son racionales.

Los valores: son preferencias por ciertas actividades o para juzgarlas, como ideas, objetos, tipos de personas, objetivos, etc

Las creencias y los valores influyen de modo decisivo en todos los aspectos de la enfermería, el diagnóstico y el tratamiento. los datos que se observan, las palabras que se emplean para describir lo observado, las prioridades que se establecen, las decisiones que se toman, la formulación de los diagnósticos, los cuidados que se ordenen, la forma de brindar la atención y los criterios establecidos para la evaluación ²⁾

En la práctica de Enfermería Gerontológica la valoración funcional del anciano sirve como una estructura adecuada. Se centra en las capacidades e incapacidades de una persona independientemente de la edad cronológica o del diagnóstico médico. Cada problema individual del anciano debe valorarse desde el punto de vista funcional. La valoración de la función dejará al descubierto problemas ocultos, a menudo no mencionados, por vergüenza, negación, ignorancia o por no considerarlo un problema

Las valoraciones funcionales pueden influir en las decisiones de tratamiento médico convencional. Por ejemplo, puede que no sea necesario tratar una hipertensión si el efecto del tratamiento fuera perjudicial para el paciente. Compartir la información interdisciplinaria con otros miembros del equipo de salud asegura unos resultados más funcionales. ³⁾

Los instrumentos de valoración son variados y, generalmente, comprenden una historia y una exploración física completas, un inventario de las actividades instrumentales más complejas de la vida diaria. Otras áreas incluidas en la valoración funcional son: la función cognitiva, la función afectiva (determina si existe una depresión), el estado nutricional, el estatus económico, y el potencial rehabilitatorio. Una valoración total debe comprender la necesidad de servicios de apoyo, medidas preventivas y una evaluación para el ingreso en un servicio de larga estancia. Pedir al paciente que relate sus actividades diarias, nos dará información sobre el estilo de vida y los problemas vitales y, más concretamente, sobre la satisfacción vital, las preocupaciones principales y el deseo de cambio. La mínima cantidad de información contenida en una valoración total debe comprender valoraciones de la disposición de vivienda, la economía, los patrones socioculturales, los medicamentos, la nutrición y un inventario de las personas de apoyo junto con el estado mental y el examen físico. Es importante que exista un enlace entre el proceso de valoración y la provisión de unos cuidados planificados y servicios para el paciente.

²⁾ González, Aragón Joaquín. Aprendamos a Envejecer Sanos, 4ª. Edición, Costa Amic editores, S.A México. 1998. Pp. 3-10.

³⁾ D.L. Carnevali, M. Patrick. Tratado de Geriátría y Gerontología. 2ª Edición, Editorial interamericana, México 1988.

c. ESTADÍSTICAS

Los tres objetivos nacionales establecidos para los ancianos por el U S Department of Health and Human Services tendrán su influencia sobre los cuidados de enfermería hacia el futuro. Aumento de la esperanza de vida, disminución de la incapacidad causada por enfermedades crónicas y aumento de los años de vida sanos hasta, al menos, los 65 años.

El primer objetivo, aumentar la esperanza de vida desde el nacimiento hasta los 78 años de edad, está íntimamente relacionado con el tercer objetivo de aumentar los años de vida sanos.

El segundo objetivo, reducir la incapacidad causada por las enfermedades crónicas, implica que los profesionales del cuidado de la salud tendrán que ayudar a los ancianos a realizar adaptaciones en su estilo de vida para prevenir la incapacidad por los procesos crónicos. La mayor parte de las personas ancianas tiene una o más afecciones crónicas, aunque la mayoría (69%) valoraba su salud como mejor en vez de buena (Fowles, 1993). Esta estadística sugiere que a pesar de las enfermedades crónicas, la mayoría de las personas ancianas habían aprendido a vivir con desafíos a largo plazo.

El tercer objetivo es el objetivo de la legislación a niveles estatal y nacional, es en desahogo de la familia, como por ejemplo cuidados de día y de descanso para adultos.

Los cambios demográficos que pueden influir en la disponibilidad de cuidadores son: más mujeres trabajadoras que proporcionan la mayoría de los cuidados prestados (73%), aumento de la movilidad, disminución del tamaño de la familia y el aumento del índice de divorcios. Cerca de la mitad de todos los cuidados proporcionados a una persona anciana son administrados por otro anciano que también puede tener mala salud.

Las personas que proporcionan cuidados de salud, en especial las enfermeras, cuyo rol es ayudar a la persona con trastornos físicos y mentales en diversos ámbitos, estarán entre las que se vean afectadas por los cambios en los patrones de composición de la familia. Las enfermeras tendrán que educar a cuidadores familiares informales y ayudar a aquellas personas que carezcan de cuidadores familiares ⁴

⁴ ASSA/ABLE C. Hodges. *Enfermería Gerontológica*, McGraw - Hill Editorial Interamericana - México, 1996. Pp 20 - 24

2. PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes físicos, psicológicos y sociales inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. Las personas envejecen de modo diferente y a distinta velocidad. Puesto que los cambios del envejecimiento se producen a una velocidad desigual en las distintas partes del cuerpo, estos cambios deberían considerarse como puntos de referencia en los problemas presentados por el proceso de envejecimiento.

Con la vejez acontece una lentificación progresiva y gradual de la conducta y el funcionamiento. Debido a que el anciano que afronta un estrés y un cambio, tiene un margen más estrecho para la capacidad de reserva. No todos los cambios funcionales en los ancianos se deben al envejecimiento; alguno se debe a la enfermedad.

Muchos de los miedos a envejecer se deben al modo en que la sociedad percibe la vejez, y el miedo a lo inevitable de ese deterioro. Hay muchos miedos respecto a la seguridad y la protección, al amor y la pertenencia y a las amenazas, al concepto de sí mismo. Los ancianos, sin embargo, han demostrado su capacidad para adaptarse y sobrevivir. Tienen mayores experiencias vitales, coraje, sabiduría y resistencia, y un espíritu independiente que les ayuda a adaptarse al proceso del envejecimiento. Los ancianos rara vez se consideran a sí mismos como viejos.

a. CONCEPTUALIZACION DE ADULTO MAYOR

Cronológica y legalmente se considera viejo a la persona de 60 años de edad o más. En 1950 se funda la asociación internacional de gerontología; donde se despierta el interés por los aspectos biomédicos y sociales del envejecimiento.

La enmienda 1965 de la Social Security, identificaba a los ciudadanos viejos como personas de 65 años o más de edad. Medicare estableció los 65 años como el criterio de edad mínima para la elección de la jubilación y de los beneficios de asistencia sanitaria en Estados Unidos. Algunos gerontólogos dividen la vejez en las categorías cronológicas de "viejo – joven" (65 – 74 años), " viejo - medio" (75 – 84 años) y " viejo – viejo " (85 años o más).

En México se fundó la Asociación de Geriatría y Gerontología en 1977 y en 1979 se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), en los noventa es cuando cobra un auge la atención de las personas de la tercera edad, estableciendo programas prioritarios de atención para los adultos

mayores, enfatizando un trato cordial en las acciones dirigidas a este grupo de población, enfocadas a la prevención y promoción de la salud, detección de complicaciones y acondicionamiento físico

En México se empieza a utilizar el término " adulto mayor " en el año de 1999, sustituyendo al de anciano o de la tercera edad, por lo tanto podemos decir que adulto mayor es el individuo que ha rebasado las expectativas de vida de 60 – 72 años y más y que está expuesto a riesgos y daños a la salud en esta etapa de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como " toda persona de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años para países desarrollados ".

Cabe señalar que los ancianos están sujetos a una serie de daños mal diagnosticados, como problemas de la locomoción, en el sentido de la vista, del oído y de la masticación; los cuales van a repercutir no solo en el bienestar físico de la persona sino también en el aspecto psicológico y social. El medio social que rodea al anciano es de gran importancia ya que juega un papel muy importante en su estado de salud y bienestar. En estudios realizados se ha observado que los miembros de la familia que se encargan del cuidado de los ancianos son las hijas, ya que dejan sus actividades o proyectos personales, para dedicar su tiempo completo a estos.⁵

b. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Las principales características de la vejez es la atrofia (disminución en el tamaño, volumen y peso de los órganos), la hipofunción (disminución en las funciones), causadas por la atrofia; pérdida de agua y actualmente por un aumento en las enfermedades degenerativas que producen estado de invalidez y el primer tipo de dependencia física de otras personas.

Existen también cambios somáticos como son: disminución de la agudeza visual y auditiva, degeneración en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales con pérdidas de su elasticidad, la arteriosclerosis con pérdida del riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más perjudicado el cerebro y el corazón, disminuyendo la capacidad psíquica, mental y física, la pérdida de la memoria, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual.⁶

⁵ González Aragón Joaquín, Aprendemos a envejecer sanos, pag 20-28.

⁶ Idem. P.p. 29 - 35.

c. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

La entrada a la vejez, conlleva a una reestructuración de la personalidad, debido a una serie de cambios tanto personal como socialmente. La personalidad del adulto mayor, es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales así como su evolución a lo largo de la vida y ante las situaciones de crisis. Podemos considerar a la senectud como un periodo crítico por la serie de pérdidas que implica y que van a enfrentar al adulto mayor a una nueva forma de vida, que se caracteriza por:

1. Adaptarse a la jubilación completa o parcial.
2. Aceptar la ayuda de los demás de buena gana y con facilidad, a medida que aumenta la dependencia.
3. Aprender nuevos roles afectivos con los hijos, que hoy en día son adultos maduros.
4. Establecer resultados que satisfagan los roles afectivos con los nietos y otros miembros de la familia ampliada.
5. Ser un buen compañero para el cónyuge anciano.
6. Afrontar la pérdida del cónyuge.
7. Hallar y conservar relaciones amistosas mutuamente satisfactorias y fuera del círculo familiar.
8. Elegir y mantener las actividades y funciones sociales adecuadas al estado de salud, energía e intereses.
9. Mantener un sentido de integridad moral frente a las decepciones y desilusiones en las esperanzas y sueños de la vida.
10. Realizar una buena adaptación a las potencias en decadencia a medida que el envejecimiento reduce las fuerzas y capacidades.
11. Adaptarse a los intereses y actividades para conservar la vitalidad y la energía del cuerpo envejecido.
12. Dominar nuevos conocimientos y métodos para relacionarse con el medio físico como persona con incapacidades ocasionales o permanentes.
13. Mantenerse mentalmente alerta y eficaz.
14. Prepararse para el cese de la vida, final e inevitable, adoptando una filosofía de la vida que le permita vivir y morir en paz.

A medida que pasa el tiempo surge una serie de limitaciones que el medio le impone, situación que genera en el senecto un estado de frustración que le provoca angustia, lo cual le crea una inseguridad motivada por la percepción de que los mecanismos de defensa que había desarrollado para poder adaptarse y mantener cierto equilibrio, se están debilitando. La sensación del yo, que

puede ser invadido por los impulsos del inconsciente, lo forzan a realizar una serie de movimientos que explican en gran parte la conducta de los adultos mayores

Pueden aparecer neurosis fóbicas con temores distintos como defensa ante la angustia, el miedo a la amenaza a su existencia, se niegan a salir solos, viajar, tener contacto con otras personas, asistir a reuniones, a estar solos y a las agresiones. Esto trae como consecuencia que el adulto mayor establezca una dependencia psicológica hacia la presencia de una persona que le pueda brindar no tan solo compañía sino la seguridad de poder controlar su angustia y no verse invadido por sus impulsos

Son frecuentes también las manifestaciones obsesivas en conductas extremas de orden, en sus actividades, o en la rigidez de sus pensamientos y criterios a través de lo cual logran cierta seguridad. La regresión funcional es otro medio que utiliza él yo, ante la inseguridad estas regresiones pueden manifestarse a todos los niveles: en el narcisismo primario (preocupaciones por su cuerpo, vestimenta y bienes materiales), en la etapa oral (dependencia, exigencia de cuidados y preocupaciones por la comida) , en la etapa anal (preocupación y problema con el control de esfínteres); este tipo de regresiones conducen al adulto mayor a la soledad, porque las personas que lo rodean se siguen relacionando con el que era antes; no lo comprenden y prefieren alejarse. Ante esta situación el adulto mayor tiene que buscar nuevas actividades que lo compensen de esa pérdida, o se aferran con las que le quedan. ⁷

La depresión en el adulto mayor puede ir manifestada desde conductas hipocondríacas, cefaleas, hipertensión, tristeza, crisis del llanto, auto devaluación e ideas de suicidio.

No existiría ningún problema si permitiéramos que los viejos nos mostraran modificaciones asombrosas en su comportamiento y expresaran su interés, participación y actividad, para que su envejecimiento sea exitoso en las generaciones futuras. ⁸

⁷ A.S.SSTAAB, L.C Hodgues. Enfermería Gerontológica; Mc Graw - Hill . Interamericana, México ; 1996. P.p 11

⁸ González, Aruguín - Jouquin. Aprendamos a Envejecer Sanos. 4ª Edición; Costa - Amic - Editores, S.A. México 1998. P.p 20 - 35

d. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

La estructura familiar tradicional de tres generaciones (abuelos, padres, e hijos), se ha visto modificada y reemplazada por la familia nuclear, formada únicamente por padres e hijos, teniendo un papel preponderante sobre todo en el medio urbano.

En la sociedad actual en que vivimos se va acentuando la diferencia de valores entre las generaciones; esta situación motiva que los conflictos entre las personas de edad avanzada y las generaciones futuras se recrudezcan.

La vejez es un proyecto que se va realizando a lo largo de la vida. Por lo cual nosotros somos los encargados de que ese proyecto llegue a buen término, dándole al anciano el lugar que le corresponde, asegurándole una vida digna de su propio interés, de su familia y de la sociedad

3. DIABETES MELLITUS

a. PREHISTORIA DE LA DIABETES MELLITUS

En la edad de piedra, la alimentación no tenía seguramente el ritmo y horario de hoy; se comía cuando se podía y se podía cuando se obtenía alguna pieza de caza, ya que se presume que nuestros antecesores fueron cazadores antes que agricultores. La alimentación podría tener entonces grandes intervalos entre comida y comida, y el individuo que asimilaba la mayor cantidad de alimento y pudiera destinar para depósito de energía tendría sin duda mayores probabilidades de sobrevivir en un medio caracterizado por la ausencia de reservorios de alimentos.

El genotipo de la Diabetes Mellitus Tipo II tiene estas cualidades; así, en las primeras etapas de la enfermedad o aún antes de su manifestación clínica, el individuo genéticamente determinado responde a la ingestión de alimentos con una exagerada respuesta insulínica que determina en una gran proporción de los casos la aparición de obesidad como diagnóstico previo al de la enfermedad de base. Es válido sospechar entonces que el genotipo de la diabetes tipo II ha sido un factor de selección positiva y que los individuos que la poseían presentaban un depósito energético de mayor magnitud y por lo tanto mayores reservas para sobrevivir.

Así, la Diabetes Mellitus sería consecuencia de un desequilibrio del hombre y su medio, ya que los cambios genéticos son muy lentos y los cambios de la civilización muy veloces. Aquellos individuos que tuvieran más insulina (insulina resistencia) aprovecharían mejor los alimentos y se encontrarían en mejores condiciones para enfrentar los períodos de carencia. Los que sobrevivieron transmitieron este gen de resistencia a la insulina a su descendencia.

Es probable que con el asentamiento del hombre en la tierra esta característica ventajosa ya no lo fuera tanto, y de allí resultara la enfermedad Diabetes que se conoce desde la aurora de los tiempos.

La primera referencia al "sabor dulce de la orina" aparece en los Vedas, libros sagrados primitivos de la India, cuya existencia sé remota a más de 4000 años. Allí se habla de una dolencia con "adelgazamiento, debilidad, gran poliuria y ántrax" y se hace la observación de que las hormonas se congregan en la orina de estos enfermos. Los médicos hindúes Charac, Sushurut, Nagarjun y Wagbhat, denominaron ishumeha a la orina con sabor a caña de azúcar.

En el papiro de Ebers, descubierto en 1892 en una tumba en Tebas, menciona una enfermedad caracterizada por la "frecuente y abundante eliminación e inundación" de orina, y se recomienda

como tratamiento una dieta basándose en huesos, granos de trigo, papilla de cebada y tierra verde de cobre recién preparada

Areteo de Capadocia (30 – 90 a J C.), médico turco radicado en Roma, hace la primera y magistral descripción clínica de la diabetes

Es una enfermedad sorprendente, que funde la carne y las extremidades, vertiéndolas en la orina. En su evolución compromete los riñones y la vejiga, y los enfermos jamás dejan de elaborar agua, la cual fluye incesantemente como cuando se abren acueductos. El carácter de la enfermedad es crónico y la vida del enfermo corta si la afección alcanza su desarrollo completo, porque la fusión es rápida y la muerte sobreviene velozmente; la sed es insaciable; el enfermo bebe excesivamente, pero en desproporción con la gran cantidad de orina debido a que elimina aún más de lo que ingiere. No se puede evitar que beba ni produzca agua. Y si alguna vez se abstiene de beber, la boca se seca, el cuerpo se apergamina, sufre de náuseas, inquietud y sed quemante y al poco tiempo termina por morir.

Paul Langerhans (1847 – 1888), mientras asistía a las prácticas de histología como estudiante de medicina a los 22 años de edad Describió los islotes que llevan su nombre.

Después de varios experimentos realizados con animales y de haber obtenido varios fracasos, el milagro se había consumado el 30 de julio de 1921: en medio de una lucha amarga, con momentos desconsoladores y grandeza científica, la insulina había sido descubierta, trayendo nuevas esperanzas y mejor tratamiento a los enfermos de diabetes.

Leonardo Thompson, un adolescente moribundo de 14 años de edad, fue el primer humano en recibir el extracto de páncreas de vaca en una solución de alcohol, en el Hospital General de Toronto. La glicemia del paciente bajó de 440 mg % hasta la normalidad. Resucitó.

La insulina es uno de los descubrimientos más fascinantes de la medicina moderna, ya que le permite al diabético " renacer " diariamente en el tratamiento de una enfermedad que da otra manera terminaría en una muerte inevitable.⁹

⁹ <http://www.diabeticohispano.com/info.htm> 1999

LOS DESCUBRIDORES DE LA INSULINA

Prof. J.J. MacLeod, profesor de fisiología de la Universidad de Toronto, murió en 1935 en Aberdeen, Escocia, su tierra natal, a los 59 años de edad, a causa de artrosis grave.

Charle Best, murió en su cátedra de fisiología en la Universidad de Toronto, no antes de haber disfrutado de todas las glorias atadas al descubrimiento de la insulina

El Dr. Banting, murió a los 50 años de edad, el 20 de febrero de 1941, en un accidente de avión, entre Terranova y Londres. Noble, por su parte quién debió haber sido el descubridor de la insulina, se perdió en el anonimato

DEFINICIÓN DE DIABETES MELLITUS

La Diabetes sacarina es un grupo heterogéneo de alteraciones caracterizado por la elevación de la concentración de glucosa en sangre. Normalmente hay cierta cantidad de glucosa que circula en la sangre derivada de la ingestión de alimentos y de la formación de glucosa por el hígado. La sangre normal contiene 80 a 120 mg de azúcar por 100 c.c. y toda azúcar adicional que no es quemada pasa a la orina. La diabetes es debida a la falta de suficiente insulina para permitir que la azúcar sea oxidada. La insulina, hormona de la secreción interna de los islotes de Langerhans del páncreas, controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento.

En la diabetes, puede haber disminución de la capacidad del cuerpo para reaccionar a la insulina, disminución o ausencia de la producción de insulina por el páncreas, o ambos factores juntos, lo que conduce a anormalidades metabólicas de carbohidratos, proteínas y grasas. La hiperglucemia resultante ocasiona complicaciones metabólicas agudas como cetoacidosis diabética y síndrome hiperosmolar no cetónico. La hiperglucemia a largo plazo causa complicaciones microvasculares crónicas y neuropatías

b. EPIDEMIOLOGIA

CAUSAS DE LA DIABETES

No se sabe aún cuales son las causas, pero se sabe que ciertas personas heredan una tendencia a adquirir diabetes. Sin embargo, no todas las personas con esta tendencia son afectadas por la

enfermedad. Además de que existen muchos factores asociados como son: obesidad, infecciones, enfermedades de la vesícula y edad, raza y herencia ¹⁰

SÍNTOMAS DE LA DIABETES

Los principales síntomas son:

1. Micción frecuente
2. Hambre inusual
3. Sed excesiva
4. Debilidad y cansancio
5. Irritabilidad y cambios de ánimo
6. Sensación de malestar en el estómago y vómitos
7. Vista nublada
8. Picazón o entumecimiento en las manos o los pies

9. Infecciones recurrentes en la piel, la encía, o la vejiga

SIGNOS DE LA DIABETES

Los principales signos son:

- 1.-Altos niveles de azúcar en la sangre
- 2.-Altos niveles de azúcar en la orina
- 3.-Pérdida de peso
- 4.-Infecciones frecuentes
- 5.-Cortaduras y rasguños que no curan o cicatrizan o curan muy lentamente

c. FISIPATOLOGIA

TIPOS DE DIABETES

Hay diferentes tipos de diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento. Las principales clasificaciones son:

- Tipo I : diabetes sacarina insulino dependiente (IDDM): es aquella en la que el individuo depende de la insulina de por vida para evitar complicaciones.
- Tipo II: diabetes sacarina no insulino dependiente (NIDDM): Es aquella en la que el individuo no depende de ella para tratar su padecimiento.
- Diabetes sacarina relacionada con otros padecimientos o síndromes.

¹⁰Virginia Henderson, Harmer Bertha. Tratado de enfermería teórica y práctica; Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4ª. Edición. P.p 752.

- Diabetes sacarina gestacional.

DIABETES MELLITUS TIPO I (DM1D). Anteriormente conocida como diabetes juvenil o infantil. Los diabéticos del tipo I producen muy poca o ninguna insulina, y necesitan inyecciones diarias para poder sobrevivir. Cuando la diabetes insulino dependiente hace su aparición, la mayoría de las células beta del páncreas ya están destruidas. La naturaleza del proceso destructivo es casi con seguridad de tipo inmunitario. La patogenia comienza por una susceptibilidad genética hacia la enfermedad, y algunos acontecimientos ambientales inician el proceso destructivo de los individuos vulnerables. La manera de heredarse la diabetes mellitus insulino dependiente no está aclarada. En diversas ocasiones se ha propuesto que la transmisión sería autosómica dominante, autosómica recesiva y mixta aunque aparece con mayor frecuencia en algunas familias, la agregación familiar no es frecuente, y por eso es difícil deducir el mecanismo de la herencia.

El riesgo de padecer diabetes es hasta cinco veces mayor cuando el padre padece la enfermedad que cuando la madre es diabética.

Como la diabetes insulino dependiente suele empezar bruscamente con hiperglucemia y síntomas tales como poliuria o cetoacidosis, hace tiempo que se pensó que la lesión de las células beta se producía rápidamente. Ahora se cree que la aparición de las reservas de insulina ocurre en un plazo de algunos o muchos años.

Conforme progresa la deficiencia de insulina se desinhibe el proceso regular de la misma. Por lo tanto, la glucogenólisis (degradación de la glucosa almacenada) y, de mayor importancia la gluconeogénesis (producción de glucosa nueva a partir de aminoácidos y otros sustratos) contribuyen a la hiperglucemia. Además, hay degradación de las grasas que ocasiona mayor producción de cuerpos cetónicos como resultado de la degradación de los lípidos. Los cuerpos cetónicos son ácidos que alteran el equilibrio acidobásico del cuerpo cuando se acumulan en cantidades excesivas. La cetoacidosis diabética resultante (CAD) causa signos y síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómito, hiperventilación, olor a fruta en la respiración y, si sigue sin tratamiento, alteración de la conciencia, coma e incluso la muerte.

El inicio de la diabetes tipo I por lo regular es súbito y ocurre antes de los 30 años de edad. El inicio del tratamiento insulínico junto con líquidos y electrolitos según se necesiten en la cetoacidosis diabética, mejora con rapidez las anomalías metabólicas y resuelve los síntomas de

hiperglucemia y CAD. La dieta y el ejercicio, con vigilancia frecuente de la glucemia, también son componentes importantes del tratamiento ¹¹.

DIABETES MELLITUS TIPO II: En la diabetes tipo II hay dos problemas principales relacionados con la insulina: resistencia insulínica y alteración de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Normalmente, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies celulares, con lo que ocurre una serie de reacciones en el metabolismo de la glucosa dentro de la célula. La resistencia insulínica de la diabetes tipo II se acompaña de la disminución de estas reacciones intracelulares, por lo que la insulina se vuelve menos eficaz para estimular la captación de glucosa por los tejidos.

La diabetes mellitus tipo II es más común en obesos mayores de 30 años de edad. Debido a la intolerancia progresiva lenta a la glucosa, el inicio de la diabetes tipo II quizá pase inadvertido por muchos años. Si se experimentan síntomas, por lo regular son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia, heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa (si la glucemia es muy alta).

En la mayoría de los pacientes (cerca de 75%), la diabetes tipo II se descubre de manera incidental cuando se realizan pruebas de laboratorio sistemáticas. Las consecuencias de la diabetes no descubierta durante muchos años son las complicaciones a largo plazo (p. Ej., oculopatías, neuropatía periférica, vasculopatía periférica) que se desarrollan antes de efectuar el diagnóstico real de la diabetes.

Debido a que la resistencia insulínica se relaciona con obesidad, el tratamiento básico de la diabetes tipo II consiste en que el paciente baje de peso. El ejercicio también es importante para favorecer la eficacia de la insulina. Pueden agregarse agentes hipoglucémicos si no se logra controlar la glucemia mediante dieta y ejercicios. Se utiliza insulina si fracasa el uso de dosis máximas de agentes bucales para reducir la concentración de glucosa a valores satisfactorios. Algunos pacientes requieren insulina de manera continua, en tanto que otros la necesitan solo durante los periodos de estrés fisiológico agudo como enfermedad o cirugía.

DIABETES SACARINA RELACIONADA CON OTROS PADECIMIENTOS Y SÍNDROMES.

Existen otros tipos de diabetes menos comunes, incluyendo la diabetes desarrollada por algunas personas después de sufrir una enfermedad grave como derrames cerebrales, etc.

¹¹ Brunner y Sudarth. Enfermería Médico Quirúrgica, Volumen 2. 7ª Edición, Ed. Interoamericana. México 1994 Pp 1185-1187.

DIABETES GESTACIONAL

Afecta a las mujeres embarazadas y generalmente desaparece después del parto. Sin embargo, éi haber padecido de diabetes gestacional aumenta el riesgo de adquirir diabetes del tipo 2 más adelante.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Las relacionadas con ambos tipos de diabetes se clasifican como complicaciones agudas o crónicas. Las agudas son resultado de desequilibrio en el régimen terapéutico, e incluyen las siguientes:

- Hipoglucemia (baja concentración de azúcar sanguíneo), que también se llama reacción insulínica o choque insulínico.
- Hiperglucemia (alta concentración de azúcar en la sangre), que si no se controla conduce a cetoacidosis diabética (CAD) en la diabetes tipo I, o al síndrome hiperosmolar no cetónico (SHNC) en la diabetes tipo II

Si no se tratan de manera adecuada, las complicaciones agudas conducen al coma o incluso a la muerte.

Las complicaciones crónicas de la diabetes tipo I o tipo II por lo general aparecen 10 a 15 años después del inicio de la enfermedad, y hay tres tipos principales:

- Macromusculares (grandes vasos), que afectan la circulación coronaria, vascular periférica y cerebrovascular
- Microvasculares (vasos pequeños), que afectan a los ojos (retinopatía) y los riñones (neuropatía)
- Neuropatías, que afectan a los nervios del sistema autónomo y sensorimotora, y que ocasionan problemas como impotencia y úlceras pedicas

Es importante controlar la leucemia si se retarda o evita el inicio de las complicaciones microvasculares o neuropáticas.

En las complicaciones macromusculares neuropatía y tal vez retinopatía, es importante controlar la presión arterial.

ETIOLOGÍA

DIABETES TIPO I

La diabetes tipo I se caracteriza por destrucción de las células beta del páncreas. En la actualidad se considera que hay una serie de factores genéticos, inmunológicos y quizás ambientales (virales) que contribuyen a la destrucción de estas células.

Factores genéticos: la diabetes tipo I no es de carácter hereditario por sí mismo, sino que tiene predisposición genética o tendencia a desarrollar diabetes tipo I. Esta tendencia genética corresponde a ciertos tipos de antígeno leucocítico humano, que es agrupamiento de genes que provocan el trasplante de antígenos y otros procesos de inmunidad.

Factores inmunológicos: en la diabetes tipo I hay una respuesta autoinmunitaria evidente pero anormal, en la cual los anticuerpos atacan a los tejidos normales del cuerpo, como si fueran extraños. Los autoanticuerpos contra las células de los islotes y contra la insulina endógena se descubren al momento del diagnóstico e incluso varios años antes de desarrollar los signos clínicos de la diabetes tipo I.

Factores ambientales: se siguen estudiando los posibles factores externos que pueden iniciar la destrucción de las células beta.

La interacción de factores genéticos, inmunológicos y ambientales en la etiología de la diabetes tipo I es tema de constante investigación. Mientras no se comprendan los factores que ocasionan la destrucción de las células beta, por lo general se acepta que la susceptibilidad genética es un factor común subyacente en el desarrollo de la diabetes tipo I.

DIABETES TIPO II

Los mecanismos exactos que conducen a la resistencia insulínica y a la alteración de la secreción de insulina en la diabetes tipo II se desconocen hasta este momento. Se cree que los factores genéticos participan en el desarrollo de la resistencia a la insulina. Además se sabe que hay ciertos factores de riesgo aunados al desarrollo de diabetes tipo II, que son:

- Edad (la resistencia a la insulina ocurre después de los 65 años de edad)
- Obesidad

- Grupo étnico (en Estados Unidos, hay mayor probabilidad de diabetes tipo II entre latinos e indios estadounidenses, y en menor grado en los negros)

d. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la diabetes no es difícil cuando esta enfermedad produce síntomas. Cuando un paciente presenta manifestaciones atribuibles a diuresis osmótica y tiene hiperglucemia, el diagnóstico es inconfundible. Los problemas surgen en los pacientes asintomáticos que, por una u otra razón, se consideran que son posibles diabéticos pero que tienen una glucemia en ayunas normal. Estos pacientes suelen ser sometidos a una prueba de sobrecarga oral de glucosa y, si muestran valores anormales, son diagnosticados de reducción de la tolerancia a la glucosa o de diabetes.

La presencia de glucemia anormalmente alta es el criterio en que debe basarse el diagnóstico de diabetes. La glucemia en ayunas mayor de 140 mg/dl o la glucemia al azar mayor de 200 mg/dl en mas de una ocasión sugiere el diagnóstico de diabetes. Si la glucemia propandrial es normal o cercana a lo normal, él diagnóstico debe elaborarse con fundamento en la curva de tolerancia a la glucosa.

Curva de tolerancia a la glucosa. Es más sensible que la endovenosa, que se emplea únicamente en circunstancias especiales. La primera de estas pruebas se realiza mediante la administración de una solución sencilla de carbohidratos. El paciente ingiere alimentos ricos en carbohidratos durante los tres días que preceden al estudio, ayuno en la noche del último día y se le extrae una muestra de sangre. Acto seguido se indica al sujeto que se siente tranquilo durante la prueba y evite el ejercicio, tabaquismo, café e ingestión de cualquier otra cosa que no sea agua ¹².

-Pruebas de glucosuria: Antes de que se dispusiera de la técnica de vigilancia de la glucemia eran el único método disponible para la vigilancia diaria de la diabetes. En la actualidad tiene uso limitado para el tratamiento de esta enfermedad. En el procedimiento general se aplica orina a una tira o tableta reactiva y se comparan los colores con la gráfica del fabricante. Los resultados se expresan como porcentaje (p. Ej., 1 / 10%, 1 / 4%, 2%) o en una escala de 1+ a 4+. (Se refiere el método del porcentaje porque esta escala es consistente de un método a otro.)

-Pruebas de cetonuria. Las cetonas son la señal en la orina de que se deteriora el control de la diabetes; cuando casi no hay insulina efectiva disponible, el cuerpo empieza a degradar la grasa

¹² Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. 2, 7ª edición. Ed. Interamericana. México 1994. pp.1180-1185.

almacenada para energía. Los cuerpos cetónicos son resultado de esta degradación de grasas, y se acumulan en sangre y orina. El único método disponible para la prueba de cuerpos cetónicos por el propio paciente es la prueba de orina.

El método que se utiliza con mayor frecuencia para detectar cetonuria es la tira de reactivo que se sumerge en orina, que mide un cuerpo cetónico. El cojincillo reactivo se vuelve color púrpura cuando hay cetónas.

También hay tiras disponibles para medir glucosa y cetónas. Si hay gran cantidad de cetónas, se puede inhibir el desarrollo de color en el área de prueba de la glucosa.

La prueba de cetónuria se debe realizar siempre en pacientes con diabetes tipo I que tengan glucosuria o hiperglucemia inexplicada (mayor de 250 mg / dl o 14 mmol / L), y se tiene que realizar durante la enfermedad y el embarazo.

e. TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas.

El objetivo terapéutico en cada tipo de diabetes es bajar la concentración de glucosa sin que ocurra disrupción de los patrones de actividad comunes del paciente.

Hay cinco componentes para el tratamiento de la diabetes:

DIETA

El control dietético y ponderal son fundamentales en el tratamiento de la diabetes. La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos:

- 1.- Proporcionar todos los constituyentes esenciales de la dieta (vitaminas y minerales).
- 2.- Obtener y mantener el peso ideal.
- 3.- Cubrir las necesidades energéticas.
- 4.- Prevenir las grandes variaciones diarias de la glucemia y lograr concentraciones seguras y practicas cercanas a la normalidad.
- 5.- Disminuir la concentración de lípidos en sangre si está elevada

Para el paciente y su familia es necesario que haya flexibilidad en el uso de los alimentos ordinarios. Lo primero que hay que averiguar es la cantidad de calorías que debe tener la dieta, basándose en la necesidad de ganar, perder o mantener el peso corporal existente. Las recomendaciones sobre las calorías que debe tener la dieta descienden conforme aumenta la edad y oscilan entre (42 Kcal/kg) en varones de 18 años y (33 Kcal/kg) para mujeres de 75 años. Así para empezar, unas cifras aceptables para la mayoría de los pacientes son (36 Kcal/kg) en los varones y (34 Kcal/kg) en las mujeres

La distribución del resto de las calorías entre carbohidratos y grasas tiene que establecerse individualmente. Suele ser prudente restringir las grasas si se desea perder peso dada la elevada cantidad de energía que contienen las grasas con respecto a las proteínas y los carbohidratos¹³.

EJERCICIOS

El ejercicio es de suma importancia en el tratamiento de la diabetes debido a sus efectos para disminuir la glucemia, así como los factores de riesgo cardiovasculares, al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de insulina. También mejora la circulación sanguínea y el tono muscular. Estos efectos son útiles en diabéticos para la disminución ponderal, reducción del estrés y la tensión y el mantenimiento de la sensación de bienestar general.

Además el ejercicio aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, siendo esto último de particular importancia en diabéticos porque están en mayor riesgo de trastornos cardiovasculares.

VIGILANCIA

La década de 1980 fue una época de avances tecnológicos rápidos en la vigilancia de la glucosa. El desarrollo de métodos de vigilancia de la glucemia por sí mismo ha sido el mayor avance en el tratamiento de la diabetes desde el descubrimiento de la insulina. Hay varios métodos para la vigilancia de la glucemia por uno mismo, la mayor parte de los cuales sirve para obtener sangre capilar y aplicarla a tiras reactivas especiales; con esto, la sangre permanece en la tira por tiempo determinado. En algunos productos la sangre se quita de la tira mediante algodón o pañuelo desechable según las especificaciones del fabricante. El cojincillo reactivo de la tira cambia de color y entonces se puede comparar con la tabla de colores del fabricante, o se introduce en un

¹³ Harrison. Principios de Medicina Interna; 14ª edición, vol.2; Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1998. pp. 2341- 2343.

medidor que da los valores de la glucemia en forma digital que da los resultados en un periodo no mayor de un minuto¹⁴

ENSEÑANZA ACERCA DE LA DIETA

El dietista utiliza varias herramientas educacionales, materiales didácticos y métodos para el plan de alimentación. La enseñanza inicial destaca la importancia en cuanto la consistencia de los hábitos alimenticios, la relación entre alimento e insulina, y la provisión de un plan de alimentación individual. Por lo tanto, el seguimiento en la enseñanza tiene como objetivo que el paciente adquiera mayor habilidad en el tratamiento, leer las etiquetas de los alimentos, y ajustar el plan de alimentación para ejercicios, enfermedades y ocasiones especiales. La enfermera tiene una función importante al comunicar la información pertinente al dietista y reforzar la comprensión del paciente.

Para algunos enfermos, es demasiado difícil aprender el sistema de intercambio de alimentos, por limitaciones en su capacidad intelectual para comprender y retener información. Esto puede deberse a problemas emocionales, como la dificultad para aceptar el diagnóstico de diabetes o por sentimientos de privación y restricción indebida de comidas. Es importante simplificar la información tanto como sea posible y dar al paciente suficientes oportunidades para que practique y repita la información. Además, se debe hacer hincapié en que el uso de sistema de intercambio de alimentos proporciona nuevas formas de pensamiento acerca de la alimentación en vez de una forma completamente nueva de comer.

INSULINOTERAPIA

La insulina es secretada por las células beta de los islotes de Langerhans. Su trabajo es disminuir la glucosa sanguínea después de los alimentos para facilitar la captación y su utilización en las células de músculo, tejido adiposo e hígado. Durante los periodos del ayuno, la insulina inhibe la degradación de glucosa, proteínas y grasa almacenadas. Debido a que la dosis requerida de insulina por un paciente determinado está indicada por el grado de glucemia, es esencial una vigilancia precisa de la concentración de glucosa en sangre. La vigilancia de la glucemia por el paciente mismo se ha convertido en el fundamento de la insulinoterapia debido a su función para evaluar la eficacia de la dosis de insulina y fomentar un mejor control de los niveles de glucemia.

¹⁴ Brunner y Supdath. Enfermería Médico Quirúrgica: Vol.2, 7a. Edición Ed. Interamericana, México, 1994, pp. 1087- 1090.

Preparación de la insulina: Se dispone de numerosas preparaciones de insulina que varían según cuatro características principales: momento del curso de acción, concentración, especies y fabricantes.

Momento del curso de acción: Las insulinas se agrupan en tres categorías principales de acuerdo con su inicio, máximo y duración de acción.

Insulinas de acción rápida:

- Insulina regular (marcada con "R" en el envase)
- Insulina semilenta ("SL")

El inicio de acción de la insulina regular es de 30 a 60 minutos; su máximo, de dos a cuatro horas; su duración de seis a ocho horas. La insulina semilenta tiene un tiempo de curso un poco mayor; inicio de una a dos horas; máximo, de cuatro a seis horas; y duración, de ocho a 12 horas.

Las dos insulinas son de aspecto transparente y por lo regular se administran 20 a 30 minutos antes de la comida, ya sean solas o en combinación con la insulina de acción más prolongada.

Insulinas de acción intermedia:

- Insulina NPH (protamina neutra de Hagedorn o isofánica)
- Insulina lenta ("L")

El inicio es de tres a cuatro horas; el máximo, de ocho a 16 horas; la duración, de 20 a 24 horas. Las dos insulinas son similares en su curso de acción y son de aspecto blanco y lechoso. Es importante para el paciente que coma algún alimento cerca del inicio y al llegar al máximo de acción de estas insulinas.

Insulina de acción prolongada: A veces significa insulina "sin un máximo", porque suele tener una acción larga, lenta y sostenida. La insulina de acción prolongada disponible es:

- Insulina Ultralenta (UL)

El inicio es de seis a ocho horas; máximo, de 14 a 20 horas; duración, más de 32 horas.

Concentración: La concentración más frecuente de insulina que se utiliza en Estados Unidos es de 100 unidades por cm³. Así, una jeringa que tiene 100 unidades de insulina, equivale a 1 ml (cc) Si una jeringa tiene 50 unidades de insulina, equivale a 0.5 ml.

Especies: en el pasado todas las insulinas provenían de páncreas de vaca y de cerdos. En los últimos años, ya se dispone de "insulinas humanas". Se producen en dos formas, ya sea convirtiendo la insulina porcina a insulina humana o al sustituir un aminoácido por otro para obtener la misma secuencia de aminoácidos que se encuentra en la insulina humana, o mediante la tecnología de recombinación de DNA para producir insulina humana.

Fabricante: Los dos fabricantes de insulina en Estados Unidos son las compañías Lilly y Novo Nordisk. Las insulinas hechas por ambas compañías por lo general son intercambiables, proporcionan la misma concentración. Las insulinas humanas hechas por estas compañías tienen diferentes nombres comerciales:

- La de Lilly: "Humulin"
- La de Novo Nordisk: "Novolin"

Regímenes de insulina: Los regímenes de insulina varían de una a cuatro inyecciones diarias. Es usual que se combinen una insulina de acción breve y otra de acción prolongada.

El páncreas con funcionamiento normal secreta continuamente pequeñas cantidades de insulina, durante el día y la noche. Además siempre que aumenta la glucemia después de ingerir alimentos se incrementa con rapidez dicha secreción, de manera proporcionada al efecto hiperglucemiante de los alimentos. El objetivo de estos regímenes consiste en imitar el patrón normal de secreción de insulina tanto como sea posible. Se puede enseñar a los pacientes a que utilicen los resultados de sus pruebas de glucemia para cambiar las dosis de insulina. Sin embargo, los regímenes de insulina complejos requieren mayor participación, enseñanza intensiva y seguimiento por el equipo asistencial. Además los pacientes que intentan normalizar la glucemia corren el riesgo de más reacciones hipoglucemiantes.¹⁵

¹⁵ <http://www.Obesidades.Com/diabetes.Htm>, Diabetes Prevention Program: 1999

ENSEÑANZA PARA LA ADMINISTRACION DE INSULINA

Las inyecciones de insulina se administran en el tejido subcutáneo mediante jeringas especiales. Las cuatro áreas principales para inyección son abdomen, brazos (superficie posterior), muslos (superficie anterior) y cadera. La velocidad de absorción es mayor en el abdomen y disminuye de manera progresiva en brazos, muslos y cadera.

Equipo

Insulina. Las insulinas de acción rápida son de aspecto transparente, y las de acción prolongada son turbias y blancas. Las de acción prolongada se tienen que mezclar volteándolas o girándolas con las manos antes de usarlas. Se identifica la información en la etiqueta del frasco antes de usarla, se verifica la fecha de caducidad, se verifica el aspecto de la insulina, cuanto tiempo se puede utilizar con el frasco abierto.

Jeringas: Las jeringas deben coincidir con la concentración de insulina (100 – U) marcada en la jeringa, identificar el tamaño de la jeringa (por ejemplo., 100, 50, 30 unidades), utilizar la jeringa una sola vez y eliminarla en un recipiente de plástico duro con sello. En la actualidad, se dispone de tres medidas:

- Jeringas de 1 ml (cc), que contienen 100 unidades
- Jeringas de 0.5 ml, que contienen 50 unidades
- Jeringas de 0.30 ml, que contienen 30 unidades

La longitud de la aguja es similar a la de todas las jeringas, y el calibre se encuentra entre 27 y 29.

Preparación y administración de la inyección de insulina:

1. Se coloca la cantidad y tipo correctos de insulina.
2. Mezcla de manera adecuada dos insulinas si son necesarias.
3. Primeramente limpiar la piel con alcohol en el sitio destinado a la inyección. Esperar (5 – 10 seg) para que el alcohol seque por completo.
4. Con una mano estabilizar la piel para expandirla o apretar un área mayor
5. Tomar la jeringa con la otra mano y mantenerla como si fuera un lápiz. Se inserta la aguja en el tejido subcutáneo, en dirección recta o con un Angulo de 45°

6. Una vez que se introdujo la aguja se aspira jalando el émbolo para observar si entra sangre en la jeringa, si no hay sangre se inyecta la insulina. Si se observa sangre la insulina no se administra en ese sitio para no inyectarla en un vaso sanguíneo.
7. Jalar la aguja en dirección recta fuera de la piel. Presionar con una torunda de algodón con alcohol sobre el sitio de inyección por varios segundos.
8. Utilizar la jeringa desechable una sola vez y eliminarla en un recipiente de plástico duro.¹⁶

¹⁶ Brunner y Supdath, Enfermería Médico Quirúrgica; volumen II.7ª. Edición. Editorial Interamericana. México; 1994. p.p 1096 - 1099

4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

a. Antecedentes del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, pasando su infancia y adolescencia en Virginia.

Fue durante la primera guerra mundial; cuando Virginia Henderson manifestó su interés por la enfermería. Inicio sus estudios en la Army School of Nursing de Washington en el año de 1918, graduándose en 1921. A lo largo de su dilatada vida ha pronunciado multitud de conferencias en todo el mundo, así como impartir clases, dirigió cursos y seminarios, ha publicado gran cantidad de trabajos (artículos y libros). Su valiosa aportación se ha reconocido mundialmente al nombrarla Doctora Honoris causa por distintas universidades, Miembro Honorario de numerosas asociaciones profesionales de todo el mundo, profesora honoraria de diversas escuelas de enfermería; con premios de reconocido prestigio.

En 1922 inicio su actividad como profesora de enfermería en El Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años mas tarde ingreso en el Teachers College de la universidad de Colombia , donde obtuvo sus estudios de B.S y M.A, en formación de enfermería.

En 1929 trabajo como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 regresa al Teachers Colege, impartiendo cursos sobre el proceso analítico de enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948. Recibió la 4ª edición de la obra de Berta Harmer, Textbook of the Principles and Practice de Nursing; tras la muerte de la autora siendo publicada esta edición en 1939; fue en 1955 cuando se publico la 5ª edición de este libro de texto el cual contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Desde 1959 – 1971 dirigió el Nursing Studies Index patrocinado por la universidad de Yale, el cual fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura bibliografica ,analítica e histórica de enfermería desde 1900 – 1959. Junto con esto Henderson elaboro varios trabajos importantes. Su folleto Basic Principles of Nursing Care, fue publicado en 1960 por el International Council de Nurses; traducido a mas de 20 idiomas. La colaboración de henderson con Leo Simons durante 5 años dio como fruto una revisión de la investigación nacional de enfermería.¹⁷

En 1966 se publico su libro The Nature of Nursing, en el cual describía un concepto de la función única de enfermería, otorgando a la enfermera un rol complementario / suplementario en la

¹⁷ Fernández Ferris Carmen, El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería; p.p 1 - 5.

satisfacción de las 14 necesidades básicas definidas en su modelo. Ha sido reeditado en 1991 por la National League of Nursing. En 1978 se publica la 6ª edición de The Principles and Practice of Nursing, elaborada conjuntamente con Gladis Nite, editado por Henderson

Durante la década de los 80's Henderson permanece en activo como investigador hemerito asociado en Yale. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le ha reportado nueve investiduras como Doctor Honoris – Causa y el primer premio Chritiane Reimann; así como el premio Marie Adelaide Nutting de la US National league de Nursing de Londres y socia honoraria del Royal College de Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau el premio Mary Toile Wright Founders a la dirección; uno de los mayores galardones honoríficos. Por su larga trayectoria en la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería, recibió una mención honorífica especial en la convención de la American Nurses Association.¹⁸

b. DEFINICION DE ENFERMERIA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Henderson elaboró un modelo con la estructura jerárquica del conocimiento básico de enfermería, el cual reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlas de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio; tiene alcance internacional lo que le permite aplicarse en cualquier medio.

Este modelo parte de cuatro conceptos y subconceptos básicos los cuales son: Persona, Salud, Rol profesional y Entorno.

Persona: Necesidades básicas. La persona es un ser humano, complejo y único con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales; es decir es un ser individual, que piensa, quiere, siente, desea, tiene objetivos, planes, alegrías, tristeza. Esto constituye un punto muy importante como referencia para el cuidado de enfermería.

Salud: Es la satisfacción de las necesidades de forma continua y vital en que interactúan las personas con su entorno y que las hace ser dependientes e independientes.

Dependencia : Se considera como la incapacidad en aquellas personas que se encuentran limitadas por alguna alteración física, o por falta de capacidades psicomotoras, sin embargo, en el momento en que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

Independencia: Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

¹⁸ Marriner - Ann . Modelos y teorías de enfermería; Madrid 1996. p.p. 3 – 9.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

1.- Falta de fuerza. Capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, así como la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

2.- Falta de conocimientos; En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- Falta de voluntad; Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia parcial o total así como temporal o permanente.

Rol Profesional

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA.

Se conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia. Estos cuidados están íntimamente relacionados con las necesidades básicas en el sentido de que los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos.

La comunicación de las enfermeras con el equipo multidisciplinario y la colaboración con los demás miembros del equipo, en un programa global tomara en cuenta que ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

Con relación al paciente, Henderson afirma que "todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona.

Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo" El paciente es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

ENTORNO

Es el medio en el que se desenvuelve la persona, el cual esta conformado por factores ambientales y factores socioculturales que influyen en la vida y el comportamiento del ser y que representan su mundo.

Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

c. LAS 14 NECESIDADES BASICAS

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y sus valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

A continuación se describen las 14 necesidades básicas definidas por Virginia Henderson, considerando sus dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, mismas que pueden influir en su satisfacción .

1. Necesidad de oxigenación

Respirar. Que se considera dos tipos importantes.

-Inspiración: Proporciona el aporte esencial de oxígeno, realiza la difusión de gases a nivel pulmonar y los intercambios a nivel celular.

-Expiración: Consiste en la expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

Factores que influyen esta necesidad.

- Factores biofisiológicos: Edad, talla, frecuencia cardíaca, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos, color de la piel, venas varicosas.
- Factores psicológicos: ansiedad y estrés.
- Factores sociológicos: Tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, corrientes y humedad de los lugares, altitud.
- Dimensión cultural y espiritual: disciplina de la respiración, meditación, yoga.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Comprende la ingestión, digestión y absorción de agua nutrientes y electrolitos esenciales para la vida.

- Factores Biofisiológicos: Capacidad de masticar, deglutir, digerir y absorber los alimentos, calidad y cantidad de líquidos y nutrientes según las necesidades del organismo, equilibrio hidroelectrolítico, envejecimiento, alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático.
- Factores Psicológicos: Emociones, ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa, compensación, Sublimación, miedo, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas, imagen personal deseada y repulsa a ciertos alimentos.
- Factores Sociológicos: entorno tipo de alimentación según el medio, horario y elección de los alimentos, clima afectivo de la familia en el momento de las comidas límites que impone el trabajo, bocadillos, comida en restaurante, soledad, organización del domicilio.
- Factores Culturales y Espirituales: Restricciones religiosas, ayunos y costumbres familiares.

3. Necesidad de Eliminación.

La eliminación es un rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

- **Factores Biofisiológicos:** Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, sudor, lagrimas, menstruación, dependencia psicológica de los laxantes.
- **Factores Sociológicos:** Organización y control sanitario de los lugares públicos, educación.
- **Factores Culturales y Espirituales:** El valor que se le da a la higiene en determinadas culturas.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Es el impulso que se le da a los músculos o miembros, para asegurar un cambio de posición en el espacio; así como favorecer la circulación y mantener la alineación corporal.

- **Factores Biofisiológicos:** Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética, madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis, estado de la tensión arterial y pulso, traumatismo, integridad del sistema vestibular, ejercicios, posturas habituales, alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio.
- **Factores Psicológicos:** Ansiedad, estrés, estado de ánimo, agitación, valor personal que se le da al deporte y a la actividad, sedentarismo, hábitos personales de comportamiento, soledad, hábito de fumar.
- **Factores Sociológicos:** Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio, condiciones de trabajo inadecuadas.
- **Factores Culturales y Espirituales:** El valor que se le da a los deportes y al ejercicio, dentro del ámbito familiar y la cultura y el modo en que lo aceptan, de acuerdo a la postura y movimiento.

5. Necesidad de descanso y sueño.

El descanso y sueño nos permite conservar un estado de bienestar aceptable, recuperación de fuerza física y psicológica, es el mantenimiento de un estado de confort

- **Factores Biofisiológicos:** Numero de horas de reposo dependiendo de la edad y las necesidades del organismo, dolor, prurito, tendencia al insomnio, falta de confort o enfermedad.

- **Factores Psicológicos:** Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, angustia, características del sueño de la persona, dependencia farmacológica, inquietud, miedo, sufrimiento moral.
- **Factores Sociológicos:** Horario de levantarse y acostarse en cuestión al trabajo, si es de noche, entorno, ruido, confort de la habitación y cama, número de personas que viven en la habitación, intimidad y tranquilidad del lugar de reposo.
- **Factores Culturales y Espirituales:** Valor que se le da al trabajo y el descanso en cada cultura y el valor que se le da a la resistencia ante el dolor.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Es la necesidad del cuerpo para protegerse en función a los diferentes tipos de clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

- **Factores Biofisiológicos:** El vestuario va de acuerdo con la edad, la talla corporal, el desarrollo psicomotor y de acuerdo al tipo de actividades.
- **Factores Psicológicos:** Estado de conciencia, exhibicionismo, importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, conformismo o no conformismo al adaptarse a las modas.
- **Factores Sociológicos:** Modas, normas sociales, entorno, clima, nivel socioeconómico, trabajo, status social, medio rural y urbano.
- **Factores Culturales y Espirituales:** Actitudes de reserva y pudor, creencias, uso del color negro, religión, significado personal de la ropa.

7. Necesidad de Termorregulación.

La termo regulación es el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

- **Factores Biofisiológicos:** Edad, sexo, ejercicio, regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos, inflamación, infección.
- **Factores Psicológicos:** Ansiedad, emociones, elevación térmica por el estrés.
- **Factores Sociológicos:** Entorno físico (casa, lugar de trabajo, habitación) medios económicos para templar la casa.

- Factores Culturales y Espirituales: Medios económicos para protección de calor o frío, vestido, habitación. y calefacción

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Son los cuidados de higiene corporal y de la imagen personal.

- Factores Biofisiológicos: Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio, movimiento, temperatura corporal.
- Factores Psicológicos: Estado de conciencia, emociones, hábitos personales de limpieza del cuerpo y vestido, auto imagen, inteligencia.
- Factores Sociológicos: Salud en el medio de vida y de trabajo, instalaciones sanitarias, baños.
- Factores Culturales y Espirituales: Higiene y limpieza dentro del entorno familiar y de la propia cultura, modas de vestir y de peinarse.

9. Necesidad de evitar los peligros.

Protección contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener integridad física y mental.

- Factores Biofisiológicos: Edad, límites sensoriales, vista, oídos, desequilibrio, termorregulación, inmunidad, inflamación, infección, contaminación, prevención de la enfermedad y accidentes, modificación del esquema corporal, auto mutilación, violación, malos tratos.
- Factores Psicológicos: Diferentes estados de ánimo, limitaciones intelectuales, estado de conciencia, predisposición a los accidentes, falta de atención, ansiedad, miedo, ideas suicidas, alteración de la auto imagen, utilización de técnicas de relajación.
- Factores Sociológicos: Apoyo familiar y social, reglamento para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador (mascarilla, casco, guantes), seguridad en casa especialmente para niños y ancianos. Entorno, contagio y medidas de prevención de la enfermedad, organización Sanitaria, prevención contra el suicidio y la violencia.
- Factores Culturales y Espirituales: Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías, forma de ver la enfermedad mental, disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

10. Necesidad de Comunicarse.

Es la necesidad de establecer lazos con los otros seres humanos que lo rodean, expansionarse, desarrollarse y procrearse.

- **Factores Biofisiológicos:** Integridad de los órganos de los sentidos para relacionarse; vista, oído, tacto, gusto, olfato; integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear, equilibrio hormonal, mimica.
- **Factores Psicológicos:** Inteligencia, percepción, memoria, atención, orientación, carácter, estado de ánimo, capacidad para expresar sentimientos, percepción del otro sexo, equilibrio sexual, regresión, proyección.
- **Factores Sociológicos:** Libertad de expresión de los sentimientos, control social, comunicación de masas, utilización de la sexualidad con fines secundarios.
- **Factores Culturales y Espirituales:** Nivel educativo, hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia, formas de considerar la procreación, sexualidad y el rol de la mujer.

11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.

Respeto del modo de vida adquirido con sus propios valores.

- **Factores Biofisiológicos:** Edad, inmoralidad, debilidad, enfermedad, etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- **Factores Psicológicos:** Estado de ánimo, emociones, actitudes, percepción puntual del entorno, ansiedad relacionada con la enfermedad, concepción personal de la vida y del más allá, estado de conciencia, fase de adaptación a la enfermedad.
- **Factores Sociológicos:** Sentido de la vida y de la muerte, alejamiento de los lugares de culto, libertad permitida a control ejercido por el contorno.
- **Factores culturales y Espirituales:** Pertenencia a una religión, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Demostrar que todavía es útil, eficaz y valorizadora.

- **Factores Biofisiológicos:** Capacidad física, etapa de desarrollo, integridad neurológica y músculo esquelética, nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular, enfermedad, dolor.

- Factores Psicológicos: Emociones, inteligencia, estado de ánimo, confianza en sí mismo, depresión, deseo de realizarse, creatividad
- Factores Sociológicos: Disponibilidad de medios educativos, limitaciones Socioeconómicas, influencias familiares y sociales.
- Factores Culturales y Espirituales: Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad, la posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

13. Necesidad de Jugar / Participar en Actividades Recreativas.

Necesidad de actividades de esparcimiento.

- Factores Biofisiológicos: Capacidades físicas, estado de ánimo, integridad de los sentidos, del sistema nervioso, y del sistema músculo esquelético, dolor y fuerza física, condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad.
- Factores Psicológicos: Madurez personal, inteligencia, emociones, motivación, estado de ánimo, auto concepto, creatividad.
- Factores Sociológicos: Organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades, limitaciones económicas, aislamiento físico, entorno rural o urbano, clima.
- Factores Culturales o Espirituales: Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento.

14. Necesidad de aprendizaje.

Adquirir conocimientos, recibir información.

- Factores Biofisiológicos: Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso), senilidad o inmadurez, enfermedad aguda, dolor.
- Factores Psicológicos: Emociones, ansiedad, dolor, pensamientos y sentimientos de auto cuidado, de interés por aprender, de relación y comunicación, periodo de adaptación a la enfermedad
- Factores Sociológicos: Educación, nivel socioeconómico para la disponibilidad de servicios educativos, interés por el aprendizaje, importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería, haciendo hincapié en la prevención.
- Factores Culturales y Espirituales: Valor que se le da en una cultura determinada a la educación o la formación sobre la salud y la enfermedad.

Las 14 necesidades básicas son comunes en todos los individuos, pero cada uno las satisface de diferente manera por medio de aspectos biofisiológicos, psicológicos y socioculturales, determinados por la relación que guardan entre sí estas necesidades para que el individuo sea valorado en su totalidad.

Para mayor comprensión de las 14 necesidades como las marca Virginia Henderson se describen las observaciones e intervenciones que se dan en cada una de ellas.¹⁹

1. NECESIDAD DE OXIGENACION OBSERVACIONES

- ❑ Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos de tórax, secreciones, los estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación del retorno (venas varicosas).
- ❑ Dolor asociado con la respiración. dificultad respiratoria
- ❑ Estado de conciencia, existencia de agitación.
- ❑ Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, Corrientes de aire, espacios verdes.

INTERACCIONES

- ❑ Si fuma, ¿qué sabe acerca de fumar?, ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos /puros / etc., fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?
- ❑ ¿Cómo influencian la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (sensación de ahogo por subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa, etc.)
- ❑ ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?
- ❑ ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga,...)?
- ❑ ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental?
- ❑ ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?

¹⁹ Pancoff, Margot. Las necesidades fundamentales, según el enfoque de Virginia Henderson en cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, Carlos María López González y Julia López Ruiz. Ed. Mc Graw-Hill Madrid. 1993. p 17-48

¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios?(Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.)

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRITACION

OBSERVACIONES

- ☐ Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; Funcionamiento neuromuscular y esquelético; Aspecto de los dientes y encías; capaz de masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo.
- ☐ En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización
- ☐ Dolor, ansiedad, estrés, trastornos de comportamiento, y disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de conciencia y agitación.
- ☐ Condiciones del entorno que faciliten / dificulte la satisfacción de esta necesidad.

INTERACCIONES

- ☐ ¿Cómo interbiene el estado de animo en su alimentación e hidratación?(Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, ósea, relación con anorexia y polifagia.)
- ☐ Qué antecedentes familiares tienen con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios?
- ☐ ¿Qué sentido le da a la comida?(Castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento,...)
- ☐ ¿Con quién come habitualmente?
- ☐ ¿Dónde come?(Restaurante, casa, otros.)
- ☐ ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida?(Motivo de encuentro e intercambio – momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer y distribuciones de roles alrededor de la comida.)
- ☐ ¿Qué alimentos ha tomado en las ultimas 72 horas? (Registro dietético para valolar si conoce los cuatro grupos básicos de alimento y que tipo de alimentación realiza.)
- ☐ ¿Qué horario y número de comidas realiza?(Relación con trabajo y patrones culturales.)
- ☐ ¿Qué cantidad de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?

¿Qué preferencia/ disgusto siente por determinados?(Impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales-si relacionan obesidad con salud) por la temperatura de los mismos.

¿Qué dificultades encuentran para procurarse almacenar y prepararse alimentación adecuada?(Del entorno, económica de conocimientos de habilidad/capacidad personal.)

¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?

¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación?(No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando no acostarse inmediatamente después de comer, etc.)

¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso? ¿Por qué?(Relacionados con modas, costumbres, auto imagen.)

¿Tiene algún problema al masticar o tragar la comida /bebida? ¿Con qué cree estar relacionado con problemas de salud, dentales...)

¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores, náuseas, vómitos, pérdida del apetito...)

3.NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

OBSERVACIONES

Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa, y cuerpos cetonicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor).

Estado del abdomen y del periné.

Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.

Condiciones del medio que ayudan / dificultan la satisfacción de la eliminación.

INTERACCIONES

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración.)
- ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
- ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)
- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación? ¿, ¿Cuáles?
- ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación? ¿, ¿Cuáles?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (Masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico), ¿cuáles?
- En la actualidad, ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.)
- En caso de problemas de la eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable), ¿cómo le afectan en su autoconcepto / autoimagen y en su vida de relación?
- En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

OBSERVACIONES

Estado del sistema músculo esquelético (fuerza / debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la de ambulación y / o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).

Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.

Cualidad, ses ergonomías de su entorno inmediato.

INTERACCIONES

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas del día cree Ud. que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? (Consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.)
- ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y / o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (Posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas,...)

5. NECESIDAD DE DESCANSO

OBSERVACIONES

- Nivel de ansiedad / estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas. Estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona.

INTERACCIONES

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no,...) ¿Le resulta suficiente o adecuado? Habitualmente, ¿duerme solo / a o acompañado / a?

- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
- ¿Cómo la influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.)
- ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.) ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
- ¿Qué sentido tiene para Ud. El dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación.) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ¿Tiene sueños / pesadillas cuando duerme?
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? Si lo utiliza, ¿conoce sus efectos?
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo / descanso? ¿Dónde? (Trabajo, casa, entorno social – masajista, bar,... -.)

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

OBSERVACIONES

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés / rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio e inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios /abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

INTERACCIONES

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás, etc.)
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ¿Puede decidir por sí mismo / a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia de ancianos, trabajo....)

- ¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse / desnudarse? En caso afirmativo, ¿conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante una dificultad en abrocharse los botones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir? ¿, ¿Cómo?
- ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para Ud.? ¿, ¿Cuáles?
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
- ¿De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad,...)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

OBSERVACIONES

- Constantes vitales(temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiente
- Disconfort, irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden / limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.).

INTERACCIONES

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?
- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? (Uso de alcohol para entrar en calor,...)
- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y qué limitaciones – de conocimiento, económicas – tienen en las situaciones de cambios de temperatura?

Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira,...) ¿cómo le afectan esta necesidad?¿.
¿Sabe cómo controlarlas?

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

OBSERVACIONES

Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, urgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes,...) y mucosas, olor corporal.

- Expresión facial / corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica.
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales.

INTERACCIONES

- ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ¿Qué significado tiene para Ud. La limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás,)
- Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?
- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?
- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse dientes o manos después / antes de comer o eliminar,...)
- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (Colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...)
- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares – no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva,... -, condiciones de hábitat, equipamiento, material, condiciones económicas, creencias personales, modas.)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de higiene?¿. ¿Cómo? (Influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc)

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

OBSERVACIONES

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobre exposición a estímulos o por privación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.
- Autoconcepto / autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, eliminación, barreras ambientales –suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc.-, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...)

INTERACCIONES

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen sus familias de referencia?
- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo...)
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema eléctrico, etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?
- ¿Realizar los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartilla de vacunación infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones, control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.)
- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (Examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.) ¿Las utiliza?
- Si necesita algún tipo de ayuda (para la deambulacion, vision, audicion, etc.), ¿la utiliza y está adaptada a sus necesidades?
- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿Las utiliza?

¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (Entendarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)

¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)

¿Cuál es el rol y status que ocupa en la familia?

¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen / autoconcepto?

¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? ¿(Enfermedad, amputación, cirugía,...)

¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?

¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis? ¿Cómo?

¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.) ¿Cuáles cree Ud. Que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarle?

¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia.)

En situaciones anteriores de crisis o de cambio, ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas – recurso que pueda prestarlo y abiertamente?

¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y con su entorno?

¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3 – 5 años)?, ¿Cómo planea lograrlas?

¿Dispones de espacio propio en su entorno inmediato –casa, trabajo u hospital – En caso negativo, ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?

¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?

¿Se encuentra en una situación afectiva que le proporciona seguridad? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?

¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio, entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?

¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?

¿Qué cantidad día / semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál / es cree Ud. Que es / son la / s causa / s de este consumo?

¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?

¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás, y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas...)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

OBSERVACIONES

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara y evasiva, habilidades de comunicación –asertividad, feedback, etc. -, barreras idiomáticas, dificultades en la formación (tartamudeo, balbuceos,...) Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia , grupos, etc.).
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad / hostilidad, desplazamiento, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

INTERACCIONES

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (En el ámbito personal, familiar y de relaciones con los demás.)
De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿ con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?

¿Cuánto tiempo pasa solo / a?, ¿Por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?

¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?

¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en alguna situación no los expresa, ¿cuándo y por qué?, ¿Cómo se siente?

¿Cree necesario y / o adecuado manifestar lo que se siente u opina a su familia o amigos? ¿Por qué?

¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación así mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico - peso, apariencia -, psicológico y social.

¿Qué tipo de humor tiene por lo general?(Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo misma o con los demás?

❑ ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)

❑ ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo le ven los demás?

❑ ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y / o entre los miembros del grupo familiar?

❑ ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?, ¿Por qué?

❑ ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de usted?

❑ ¿En qué tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?

❑ Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿le afecta en su necesidad de comunicación?

❑ ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro / a...)

Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?. ¿Cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad / hiperactividad, problemas de concentración / atención de expresión, etc.)

¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien en su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa y le afecta?

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

OBSERVACIONES

- Forma de vestir de la persona, familia, y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos).
- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización del tacto como medio de expresión).
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias / valores y comportamientos, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc.). Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos – libros, publicaciones, muebles, objetos personales -, orden y conservación de tales objetos).

INTERACCIONES

- ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o es estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para usted? ¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares, o algún tipo de problema en su entorno?
- ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos,...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad?
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significan para usted en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto, etc.....)
- ¿Cuáles son los valores relevantes en su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad, ayuda, solidaridad, etc.) ¿Qué significan para usted en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto, etc)

- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?
- ¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual?
- ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para usted le provoca esta situación?
- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamentos, cartas, etc.)

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

OBSERVACIONES

- ☐ Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- ☐ Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.
- ☐ Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- ☐ Autoconcepto positivo / negativo de sí mismo (aparición física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista. Capacidad de decisión y de resolución de problemas.

INTERACCIONES

- ☐ ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? (Intelectual o físico), ¿Cuánto tiempo le dedica?, ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo?
- ☐ ¿Cómo se siente con relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con superiores, iguales y / o inferiores, posibilidades de promoción.)
- ☐ Su remuneración, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia?
- ☐ Su rol profesional, ¿le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre, policías, etc.)
- ☐ ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?
- ☐ ¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio? (Pérdida del status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para proporcionar ayuda, disminución o no del autoconcepto, falta de expectativas, etc.)

¿De qué manera se enfrenta a la situación? (Activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)

¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?. ¿De qué modo?

¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional.) ¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

OBSERVACIONES

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición...): expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento ("no sé que hacer", "las horas se hacen largas, "el tiempo se hace eterno", etc.)
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizaje o cogniciones erróneas).
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución, de la comunidad).
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones, música, deporte...).

INTERACCIONES

¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para Ud.? ¿Por que? ¿Tiene alguien con quien llevarlas a cabo? ¿En caso negativo, ¿es un problema para Ud.?

Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿le influyen en la satisfacción de esta necesidad?. ¿De qué modo?

Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar o bien la ha incorporado de adulto?

¿Considera que el tiempo que usted. Dedicar al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan (materiales, transporte, tiempo, energía,...)? En caso negativo, ¿ha encontrado alguna alternativa satisfactoria?

¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad? ¿Las utiliza?

¿Cuándo participo por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?

¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio?

En caso de no haber realizado ningún cambio, ¿qué piensa hacer? ¿Cree que alguien (familia, enfermera, amigos,...) puede ayudarlo a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad?

14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

OBSERVACIONES

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y / o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación / comunicación, de compromiso).

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos...).

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés / desinterés, propone alternativas,

INTERACCIONES

¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?

¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?

¿De qué modo?

- ☐ ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?

¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias a la vez,...).

- ☐ ¿Ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta,...).
- ☐ ¿Tiene conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ☐ ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo, ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?
- ☐ ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?
- ☐ ¿Tiene suficiente conocimiento de la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?²⁰
- ☐ ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe cómo utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?

¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud / enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en hábitos de vida, funcionamiento del propio

²⁰ A. S. STAAB, I. C. Hodges, Enfermería Gerontológica, Mc Graw - Hill, Editorial Interamericana México 1996, Pp 13 - 15

cuerpo en situación de salud y enfermedad. alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc.)

5. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

a. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Proceso atención de enfermería fue introducido por HALL en 1955, fue a partir de esta fecha que gran número de enfermeras describieron el proceso de diferente manera.

WINDERBACH en 1963 decía que el proceso de enfermería constaba de tres etapas:

- Identificar la ayuda necesaria.
- Administrar la ayuda.
- Verificar que la ayuda fue otorgada.

MC CAIN en 1965 introduce el término valoración, tomando como referencia para dicha valoración las capacidades fundamentales de la persona, recopilando y registrando datos objetivos de la misma.

En 1966 VIRGINIA HENDERSON, planteo que el proceso de enfermería era igual que el método científico.

En 1967 KNOWLES, divide la actividad de enfermería en 5 etapas que son: descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar, de las cuales, de las dos primeras etapas las enfermeras recopilan la información.

En 1969 DOLORES LITTLE Y DORIS CARNEVALI utilizaron un proceso de cuatro pasos que consideraba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso.

En 1973 KRISTINE GEBBIE Y MARI ANN LAVIN de la ST. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. En este mismo año, La American Nurses Association (A.N.A.), publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el modelo de proceso de enfermería en 5 pasos.

En 1976 la WICHE (Western Interstate Comision on Higher Education), divide las etapas del proceso nominándolas como: percepción y comunicación, interpretación e intervención y discriminación.

En la década de los 80's se empezó a hablar de los diagnósticos de enfermería en España. La Asociación Española de enfermería docente (AEED), inicio en 1988 una política de apoyo difundiendo el trabajo de la NANDA. La profesora CARPENITO, autora de varios libros y miembro de la NANDA, se dedico a la tarea de impartir temas al respecto y al mismo tiempo realizó un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la taxonomía ²¹

En 1982 El National Council of State Boardas Nursing, definió y dividió al proceso en: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación

²¹ Kozier, Barbara: Enfermería Fundamental, Ed. Interamericana México 1994 p p 180-181

Actualmente la AED ha formado un nuevo grupo de trabajo dándose a la tarea de elaborar un documento que pretende

- Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la Nort American Nursing diagnosis Association.
- Situar los diagnósticos en el contexto que fueron concebidos, esto es, dentro del proceso de adaptación de enfermería.
- Aclarar la relación que existe entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión, asistencia, gestión e investigación.

El proceso atención de enfermería puede ser aplicado a un individuo, una familia o una comunidad. En 1994 La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO), continua exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente. El proceso de enfermería continua siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados Hospitales.²²

b. ETAPAS DEL PROCESO

El proceso consta de 5 etapas que son:

Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, y Evaluación.

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso, la cual consiste en recopilar, organizar y verificar los datos del cliente desde el punto de vista físico, emocional, social y espiritual; todo esto se realiza a través de la observación, comunicación y la entrevista directa, realizada al cliente (esta fase del proceso se considera fundamental para las demás etapas del proceso de enfermería), lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. " La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona " (STKINSON Y MURRIA 1986).²³

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta de la persona en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

²² Proceso Salud Enfermedad UNAM México 1993 Mecanograma

²³ Kozier, Barbara. Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana. México 1994. p p 180-181

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para mantener información sobre el nivel de salud de la persona. Si el proceso es sistemático disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo, permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud de la persona.

Para efectuar la valoración participan activamente la persona y la enfermera; la persona puede ser ella misma, la familia o la comunidad.

Para construir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocionales de la persona.

Los datos pueden ser objetivos o subjetivos, los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos), por ejemplo; tensión arterial, coloración de la piel, etc.

Los subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (síntomas), y son obtenidos durante la realización de la historia de enfermería, la información proporcionada por los familiares y otros profesionales.

Los datos también pueden clasificarse en:

VARIABLES: Son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ejemplo la tensión arterial puede variar de un día para otro.

INVARIABLES: Son aquellos que no cambian, por ejemplo; la fecha de nacimiento.

Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico y correcto.

FUENTE DE DATOS

Pueden ser primarias o secundarias.

Primarias: Se considera a la persona como fuente primaria.

Secundarias: Se consideran a los allegados a la persona, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografía sobre el tema.²⁴

La Persona: Es la principal fuente de datos a excepción de que este muy grave, sea pequeña, este desorientada o no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente ella puede hacerlo.

Los Allegados: Familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto a la persona, para complementar o verificar esta. Por lo tanto representan una fuente importante de datos, principalmente cuando no existe una comunicación directa con la persona.

²⁴ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. 2ª Edición. Ediciones Doyma Barcelona España, 1995. pp 63-66

Los Profesionales de la Salud: Personal de enfermería, médicos fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.: pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con la persona.

La Historia Clínica: Representa una fuente importante de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores de la persona, siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados para el momento actual.

Otros registros: En algunos casos la enfermería puede utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y la toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio de una persona debe ser acompañado de las cifras normales de este análisis tomando en cuenta la edad, el sexo y demás.

Bibliografía: Una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas.

- Criterios Establecidos para comparar algunos datos como el peso; talla y grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.
- Hábitos de salud, culturales y sociales.
- Creencias Espirituales.
- Datos adicionales que requiere la valoración
- Actuación de la enfermería y criterios de evaluación para el problema de salud de la persona.
- Información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los métodos son:

La observación, la entrevista, la consulta y la exploración.

La Observación: Consiste en obtener información a través de los órganos de los sentidos; es una técnica conciente e intencionada, la cual se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado; Por tanto la observación implica discriminar entre estímulos.

La observación debe organizarse por ejemplo: signos clínicos de alteración de la persona (palidez, enrojecimiento, fatiga, entre otros). Los riesgos en la seguridad de la persona, como el barandal bajado de una cama, su medio inmediato, incluyendo a las personas que se encuentran con él.

La Entrevista: consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, algunos objetivos son: recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

La entrevista puede ser: Directa o indirecta.

La directa esta muy estructurada y se obtiene una información específica y se utiliza para recavar y proporcionar información en un tiempo limitado

La indirecta se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización.

El tipo de preguntas que pueden utilizarse son, abiertas o cerradas y neutras y dirigidas.

Las preguntas cerradas utilizadas en la entrevista dirigible son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica, estas preguntas comienzan por "cuando", "donde", "quien", "que (hace,hizo.haces)", "es..(Son,era)" y a veces "como".

La persona que tiene problemas de comunicación encontrara más fáciles de contestar estas preguntas.

Las preguntas abiertas invitan al cliente a hablar de lo que él quiera y dar respuestas más amplias; sin embargo la principal desventaja es que la persona puede emplear mucho tiempo en dar la información poco relevante . Generalmente el cuestionario empieza con "que" o "como".

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que pueda ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que adopte la enfermera con respecto al cliente.

La entrevista se compone de 3 fases las cuales son : La introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

ENTREVISTA

Consiste en establecer una buena relación y orientación con la persona,generalmente no se puede distinguir una etapa de otra porque son simultaneas.

El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y se puede iniciar con el saludo y las preguntas de la misma persona,familia,etc. Pero sin excederse ya que esto generaría angustia por parte de la persona. La fase de orientación consisten explicar el objetivo de la entrevista y que tiene derecho o no a facilitar los datos que quiera y que destino tendrá esta información proporcionada.

El cuerpo. Es el desarrollo de las preguntas que realiza la enfermera con lo cual la persona manifiesta sus pensamientos y percepciones.

El paso de la etapa anterior a esta se facilita empleando preguntas abiertas-cerradas, fáciles de contestar y que no le generen angustia, requiriéndose además, del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte productiva.

El cierre. Normalmente la enfermera da por termin?da la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones la persona es quien la termina cuando no quiere

proporcionar mas información o cuando se siente cansad. Es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de Comunicación en la Entrevista.

- Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- Utilizar un lenguaje entendible por la persona y aclarar puntos que no comprenda.
- Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.
- Preguntar solo una cosa a la vez .
- Dar oportunidad a la persona de ver las cosas tal como le parecen a el y no como las vea el entrevistador
- No imponer a la persona los valores propios de quien lo entrevista.
- Evitar usar ejemplos personales.
- Expresa no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- Utilizar y aceptar el silencio para ayudar a la persona a pensar o a organizar los pensamientos.
- Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo sin prisa.

LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Es la valoración que realizan las enfermeras para obtener datos importantes y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería.

La valoración física se hace sistemáticamente. Primero la enfermera registra la impresión del aspecto general de la persona y de su estado de salud. Por ejemplo: edad, peso ,talla, estado mental y nutricional, el habla, la conducta, y el registro de sus signos vitales.

Posteriormente la enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, comenzando por la cabeza, continuando con el cuello, tórax, abdomen, extremidades inferiores, pies. Los datos que se obtienen de este examen se comparan con los modelos ideales como son. Talla,peso,temperatura y los niveles de tensión arterial.

Para poder realizar el examen de enfermería se utilizan 4 técnicas, inspección, auscultación, palpitación y percusión.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS.

El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre la persona para identificar sus problemas y planear la intervención de enfermería. Existen muchos modelos y marcos de enfermería que sirven para guiar la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimiento como lo es el método de Virginia Henderson, el cual es llevado a cabo en el siguiente presente trabajo

DIAGNOSTICO

El termino diagnostico de enfermería apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los 50's. entonces el proceso contaba con 4 etapas(valoración, planificación, ejecución, y evaluación) posteriormente se agrego diagnostico.

El haber incluido el diagnostico ha hecho posible que los profesionales de enfermería analicen y sinteticen los datos obtenidos de la valoración para que así las actividades clinicas se enfoquen a la identificación y manejo de problemas y no al manejo de los síntomas como se hacia previamente; Estas fueron las causas para que en 1973 se llevara a cabo la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería en los Estados Unidos, posteriormente en España 1988 se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA definió el diagnostico de enfermería como "un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermería es responsable" La habilidad con que se elaboran los diagnósticos de enfermería depende de la Capacidad para ser metódico sistemático, lógico y riguroso, para ello formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermería es responsable.

CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

- Describe la respuesta ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Esta enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independientes: Planificación, ejecución y evaluación.

La organización de los datos. Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para enfermera y para quienes pueden tener acceso a ellos.

La Comparación de los Datos con los Estándares.- La enfermera los comparará con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc., también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- Los datos pueden ser agrupados por inducción y formar un patrón; ya que el proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería.

La agrupación incluye el hacer deducciones.- una deducción es el juicio de la enfermera y la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso diagnóstico.

La agrupación incluye el hacer deducciones.- una deducción es el juicio de la enfermera y la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso diagnóstico.

FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO

En esta etapa la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados, factores sociales, ambientales, psicológicos o espirituales; tomando en cuenta que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser real, potencial o posible.

El diagnóstico real. Describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermera, debido a las características de definición principal de signos y síntomas es decir, Datos que confirman su existencia.

El diagnóstico potencial. Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

El diagnóstico posible.- Describe un problema que la enfermera sospecha pero que se requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o desecharlo.²⁵

²⁵ Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería 2ª Edición. Ediciones Doyma, Barcelona, España 1993 pp. 77-79

FORMATO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, que se denominan como formato PES (Gordón,1976) que deben ser considerados cuando se desarrollen nuevas categorías diagnosticas o cuando se escriban diagnósticos para personas específicas. Los términos que describen el problema(D) se refiere al titulo diagnostico . es una descripción del problema (real o potencial) de la persona, en donde se describe su estado de manera clara y concisa.

La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema de salud y proporciona una dirección a, la terapia de enfermería requerida. En la etiología se pueden incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o ambos. Las características sé signos y síntomas (S), son el criterio clínico que representa el diagnostico real o potencial. Las características de definición para los diagnósticos reales de enfermería son un signo o síntoma aislado o un conjunto de signos o síntomas. Las categorías con estudios de validación clínica tienen síntomas y signos mayores que representan el 80% de las veces y signos y síntomas menores que ocurren en el 50% de las ocasiones.

En la categoría mayor se incluyen signos y síntomas que deben estar presentes para validar el uso de un diagnóstico; la clasificación menor, se refiere a las características que deben estar presentes en muchos, pero no en todos los individuos, pero no por esto son menos graves que las mayores.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS.

El enunciado diagnostico describe el estado de salud de la persona de la persona y los factores que han contribuido en dicho estado. Se pueden escribir diagnósticos de enfermería en 2 o 3 partes. El planteamiento diagnostico de enfermería de 2 partes consta de : El problema (p), planteamiento de la respuesta de la persona y etiología(E), factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las 2 partes están unidas por las palabras"en relación con" o "asociado a". mas que " Debido a , ya que las primeras implican una relación.

El planteamiento diagnostico de 3 partes (diagnostico real) incluye el problema P, la etiología (E) y los signos y síntomas(S)

Los diagnósticos actuales de enfermería de 3 partes se pueden plantear utilizando "con relación a" y "dicho por". los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnostico. unido por las palabras " dicho por " o "evidenciado por".

En caso de considerar un diagnóstico posible, se enunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precediendo de la palabra posible relacionando con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles.

Cuando se presenta un diagnóstico posible, se deben recolectar más datos para confirmar dicho diagnóstico. En la etapa del diagnóstico los problemas que con mayor frecuencia se presentan son:

- Escribir la respuesta de la persona como una necesidad en lugar de cómo un problema.
- Usar planteamientos de juicio mental.
- Situar la etiología antes de la respuesta de la persona.
- Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independientes de enfermería.
- Usar terminología médica en lugar de terminología de enfermería.
- Comenzando el diagnóstico con una actuación de enfermería.
- Usar un solo síntoma como respuesta a la persona.

Cuando el diagnóstico es evidente pero no se reconoce la etiología se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología desconocida. Se debe evitar obtener datos irrelevantes ya que esto estorba la capacidad de la enfermera para procesar información.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es un error en el que no se debe caer, ya que si se comete puede perjudicar, al usuario, por lo tanto la etapa del diagnóstico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados en cada caso.

LA TAXONOMÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. Las ventajas de la taxonomía de los diagnósticos de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionales de la salud.
- Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa para dar validez a las actuaciones de enfermería, además el organizar los datos de esta manera, facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

PLANIFICACIÓN

Esta es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico²⁶

El proceso de planificación utiliza los datos obtenidos durante la valoración y los enunciados de diagnóstico que presentan los problemas de salud (reales y potenciales)

La planificación tiene 6 componentes que son:

- Establecer prioridades
- Fijar los objetivos de la persona y los criterios de resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las ordenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

ESTABLECER PRIORIDADES.

Es el proceso de establecer un orden profesional para la estrategias:

Para llevar a cabo esto, se requiere que la enfermería ordene los diagnósticos de enfermería; de este modo los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad en alta medida y baja; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- La percepción de prioridades de la propia persona o paciente.
- El plan general de tratamientos.
- El estado general de salud de la persona.
- La presencia de problemas potenciales.

En el primer caso se refiere a la percepción que la persona tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando la situación implica un determinado riesgo vital, la enfermera debe razonar, si es posible, con la persona el orden de prioridades más acorde a su situación, cuando esto no es posible la enfermera es quien toma las decisiones; si no existe un riesgo vital la persona es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como: la pérdida de las funciones respiratorias y cardíaca, los problemas que amenazan la salud generalmente tienen prioridad media mientras que las necesidades del crecimiento

²⁶ Kozier, Barbara. Enfermería fundamental, Ed Interoamericana, México, 1994 pp 226-227

No son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos de la persona y los criterios de resultado. Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos de la persona son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etcétera.

Los propósitos de los objetivos de la persona son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos de la persona derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, de la identificación de la respuesta de la persona, siendo los de corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas de la persona y por lo cual pueden evaluar el proceso de la persona; los objetivos a largo plazo son utilizados en personas con problemas crónicos.

Los criterios de resultados son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable, y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no; estos criterios tienen 7 finalidades.

- Dirigir las actividades de enfermería.
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
- Tomar como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- Hacer que la enfermera y la persona sean capaces de determinar cuando se ha resuelto el problema.
- Corroborar que los objetivos y los criterios de resultados compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.
- Asegúrese de que cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería.
- Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación, el enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificación de las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería cuando este es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones que implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema de la persona. Tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del

conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de 3 a 5 para cada problema de salud, ya que más de ellas crean confusión.

Criterios para la selección de estrategias:

- Aceptada por la persona y adecuada a su edad y estado de salud.
- Realizable con los recursos existentes; debe ser acorde a los valores y creencias de la persona; congruente con otras terapias ; basarse en el conocimiento de otras ciencias.
- Registrar el plan de cuidados de enfermería es una guía por escrito que se organiza la información sobre la persona en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticada y lograr objetivos.

LOS FINES DEL PLAN SON:

- Proporcionar una atención individualizada a la persona; asegurar la continuidad del cuidado; dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución, especificar que observaciones hacer ;
- Las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia; ayuda a organizar el trabajo en el servicio, algunos aspectos acerca del cuidado de la persona pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta de la persona.
- Documentación(registro) de los cuidados de enfermería.
- El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento de todos los sistemas del cuidado de la salud.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada tipo de personas que se manejen. También proporciona la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del cliente y la familia, pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermera de atención domiciliaria. En cuanto sea posible, se debe iniciar. La facilitación de recursos y otras acciones antes del día de alta.

EJECUCIÓN

La ejecución consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y colaboración.

Una actividad dependiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad. La enfermera determina que la persona requiere de ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo.

En el proceso de ejecución, se incluye la actuación de la valoración de la persona, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración de la persona y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución.

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse. A las necesidades y/o respuesta de la persona, a través de este mecanismo la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de prioridades.

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado a la persona. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con la persona para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada. El plan de cuidados no es físico, sino flexible.

Una vez recogidos con los nuevos datos, la enfermera compara el plan de cuidados existente y juzga si es válido aun o es imprescindible ajustarlo, tomando en cuenta nuevas condiciones.

Para ejecutar las estrategias de enfermería, se debe considerar la individualidad de la persona, la necesidad de participar en su cuidado, la prevención de complicaciones, el mantenimiento de las defensas naturales, proporcionar comodidad y apoyo a la persona y desarrollar las actividades de forma cuidadosa y exacta.

EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar, dentro de la enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos.²⁷

²⁷ Kossier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana, México, 1993 pp 228-230

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella la enfermera, acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras

Los datos se recogen de tal manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos.

Los datos guardan relación con los criterios de resultado obteniéndose a través de la observación y comunicación directa con la persona.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas de la persona, por tanto la enfermera debe revisar. Todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos. Es organizado y sistemático por que consta de 5 pasos que tienen una secuencia y están interrelaciones, como son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que permiten realizar acciones para alcanzar el máximo resultado a largo plazo, desarrollando y poniendo en resultado a largo plazo, desarrollando y poniendo en practica un plan de cuidados donde los intereses e ideales de la persona y de las personas significativas para ella, reciben la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso de la persona.

Esto permitirá lograr los objetivos de los cuidados de enfermería como son:

- Promover, mantener o restaurar la salud.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad y un costo efectivo.
- Buscar formas de manejar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

Por lo antes mencionado podemos decir que el proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivas en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción de la persona.²⁸

APLICACIÓN DEL PROCESO

El proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción de la persona, permitiéndonos aprender a aplicar en la vida diaria estos principios, mejorando la calidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos.

Valoración: Durante la valoración se reunirá y examinará la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud de la persona y describir sus capacidades y problemas.

Diagnóstico: En esta fase se determinan las capacidades y los problemas de salud reales y potenciales, así como los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y cuáles requerirán apoyo de otros profesionales.

Planificación: aquí se desarrollará un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas, determinando prioridades, estableciendo objetivos, decidiendo las intervenciones de enfermería y realizando las anotaciones del plan de cuidados.

Ejecución: Durante la ejecución se valora el estado actual de la salud de la persona, se realizan las intervenciones y sus actividades prescritas durante la planificación, permite seguir valorando a la persona determinando las respuestas iniciales a sus acciones, comunicando y anotando cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional.

²⁸ Fernández Ferrín, Carmen Et Al. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Editorial Masson-Salvat, Barcelona, 1995 p p 17-22

Evaluación: Aquí la enfermera y la persona pueden decir si el plan ha dado buenos resultados o hay que hacer algún cambio. El uso efectivo del proceso de enfermería requiere habilidades manuales, intelectuales e interpersonales, para poder resolver los problemas y tomar decisiones, para aplicar o desarrollar los procedimientos técnicos y poder establecer buenas relaciones con la persona, familiares y compañeros de trabajo.²⁹

El proceso de enfermería se realiza porque ofrece muchas ventajas, tanto para la enfermera como a la persona a quien se le aplica.

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del individuo, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y a la persona en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiere que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del individuo.
- Es cíclico, debido a la relación que guardan las etapas, no puede existir un principio o un final absoluto.
- Es aplicable universalmente.³⁰

²⁹ Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2ª Edición. Doyma Barcelona España 1996
³⁰ Kozier. Op. Cit. P.p 185 - 187

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Las ventajas que ofrece el proceso de enfermería para la persona a quien se aplica es el de brindar calidad en el cuidado, mediante la evaluación continúa del proceso y la reconsideración de los cambios en las nuevas necesidades de la persona.

Permite la continuidad en el cuidado, al tener un plan por escrito, permitiendo que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo, evitando a la persona repetir la información.

Permite además la participación de la persona misma en el cuidado de su salud, desarrollando sus capacidades para el autocuidado, ayudándolo así al logro de las metas.

Para la enfermera es ventajoso porque le permite la educación constante y sistemática, proporcionándole además satisfacción en el trabajo, mediante la planeación de acciones adecuadas que favorecen la coordinación y evitan el trabajo por ensayo – error, brindando satisfacción cuando se logran los objetivos.

Favorece el crecimiento profesional, ya que por medio de la evaluación, la enfermera adquiere experiencia y capacidad con relación a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para satisfacer las necesidades de las personas que reciben el cuidado.

La aplicación de cuidados previamente establecidos a través de las fases del proceso, evita acciones legales para la enfermera.

El proceso de enfermería proporciona un marco legal, elevando al máximo la responsabilidad de los cuidados.

6. APLICACIÓN DEL PROCESO

a. RESUMEN VALORATIVO

Este proceso de enfermería se aplicó a la señora Ángela Anaya Guerrero, actualmente tiene 66 años de edad, talla de 1.52cm y 61kg de peso, es viuda y su religión es católica; élla es originaria del Distrito Federal, con domicilio en calle Tlaloc número 32, Colonia Lomas Quebradas perteneciente al Cerro del Judío, vive con su hija María Elena en casa propia, además cuenta con el servicio de salud del ISSSTE, menciona que anteriormente se dedicaba al trabajo domestico y actualmente recibe ingresos de su hermana Ana Maria, su hija y el apoyo de la casa de asistencia de día a personas de la tercera edad "La Divina Providencia" la cual se localiza en Calle Independencia número 1, Colonia La Angostura, Delegación Álvaro Obregón. En los últimos tres años sus problemas de salud han sido Diabetes Mellitus y Dolor en el ámbito de cadera y miembros inferiores.

Valoración de necesidades según Virginia Henderson

En la necesidad de Oxigenación, presenta tos y un cuadro frecuente de gripa por sus cambios frecuentes y bruscos de temperatura, presenta dolor de piernas cuando hace ejercicio; existe la presencia de varices en miembros inferiores lo que hace que haya dificultad para el retorno venoso. Así mismo encontramos T.A. de 120/70 mm/Hg., pulso de 76x', temperatura de 36.5°C y frecuencia respiratoria de 20x'.

En cuanto a la necesidad de nutrición e hidratación, menciona que normalmente come frutas, verduras, carne, leche, cereales y aguas frescas todo esto preparado de acuerdo a su limitación ya que tiene problemas de masticación por presentar anodoncia total y sin prótesis dental la cual no se ha colocado por situación económica, come despacio y en pocas cantidades pero siempre a la misma hora; ya que esta la realiza en la casa de asistencia en compañía de sus compañeros y en

su casa en compañía de su familia. La piel se le ve húmeda, elástica, las mucosas bien hidratadas, las uñas son sanas, el cabello esta bien implantado.

En la necesidad de eliminación, informó que la orina es de color claro, de olor normal y de cantidad abundante, presenta nicturia y gotéo terminal al orinar, en la sangre presenta una glucosa de 250 mg/dl. En cuanto a heces informó que evacua una vez al día, que el color es normal de olor penetrante, refiere que no tiene ningún malestar al miccionar o evacuar. En cuanto a sudoración, el sudor que presenta es escaso aún con excesivo esfuerzo. Por otra parte, en su edad fértil menciona que comenzó su menstruación a los 13 años, tuvo 3 partos y la menopausia fue a los 43 años, así mismo refiere que en la actualidad no tiene preocupación por la actividad sexual; el examen de papanicolaou no se lo realiza por que le da pena.

En cuanto a la necesidad de movimiento y postura, presenta articulaciones dolorosas y calambres en miembros inferiores, refiere que hace tres años sufrió un esguince en pie izquierdo, aunque realiza sus cosas sola; Los ejercicios que realiza son yoga y gimnasia en actividades diarias e instrumentadas.

Marcha: Al inicio de la marcha duda o intenta arrancar más de una vez, en la longitud y elevación del paso del pie derecho rebasa al pie izquierdo, mientras que el pie izquierdo rebasa al derecho con una simetría desigual, la continuidad en los pasos es normal, el rumbo es con desviación moderada o de apoya, en el tronco el balanceo es derecho sin auxilio, en la base de sustentación los talones no se tocan al caminar.

Balance: Su balance sentada es firme y seguro, al levantarse es capaz pero usa los brazos, intentalevantarse y es capaz a la primera. Su balance inmediato al levantarse es estable pero con apoyo físico, su balance de pie es estable con base normal de sustentación, al empujarla se tambalea pero se recupera; con los ojos cerrados se encuentra estable, gira 360° con pasos irregulares, al sentarse usa los brazos o esta insegura.

En la necesidad de descanso y sueño, manifiesta vértigo y síncope, problemas de memoria. En la valoración del estado mental se ubica en el día, mes y año en que está, en donde nació, su domicilio, que hace actualmente, cuantos hijos tuvo y pudo contar del uno al diez y revez, no fallo en su edad ni en el año en que nació; Existe confusión mínima. Dentro de las condiciones del entorno que impiden el descanso está el insomnio, el ruido de la televisión prendida hasta altas horas de la noche y el tipo del colchón (viejo) en que duerme.

En la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas, tiene capacidad para vestirse y desvestirse, lavar y planchar su ropa ya que puede valerse por sí misma. Las prendas de vestir utilizadas regularmente están limpias pero no son las adecuadas a la situación, sus creencias no influyen en su manera de vestir, se observa que le gusta estar siempre presentable.

En cuanto a la necesidad de termorregulación, se expone al calor y al frío constantemente, además de que su habitación es fría, su entorno físico es un tanto agradable ya que su casa es grande, con patio, árboles, tiene luz, agua potable, drenaje, teléfono, y su familia es agradable. Cuando tiene situaciones emocionales presenta cambios de temperatura corporal.

En la necesidad de higiene y protección, comenta que se baña cada tercer día con cambio total de ropa, cuando se acuerda se lava las encías, tiene el hábito de lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño. Sus creencias religiosas no influyen en sus hábitos higiénicos. Presenta lesiones de piel en miembros inferiores, la forma de cicatrización de lesiones es rápida, además presenta callos y juanetes en ambos pies pero no presenta riesgo a úlceras de presión.

En la necesidad de evitar peligros, platicando con ella y su hija con quien vive, dijo que sus otros dos hijos no viven cerca por lo que cuando surge una emergencia, se molesta por la impotencia de no moverse como ella quisiera, menciona que toma medidas de seguridad dentro del hogar para evitar accidentes, ya que no tiene la necesidad de cumplir con horarios de trabajo, aunque le

preocupa la falta de iluminación que hay en la escalera que comunica a su habitación, cuida de su salud, ya que visita al médico cada dos meses para su control, no se le observo ninguna malformación congénita. En su hogar recibe apoyo de su familia para que pueda superar sus limitaciones.

En la necesidad de comunicación, platicando con ella me di cuenta que su estado de conciencia es bueno, está orientada en tiempo, lugar y persona, su estado de ánimo es cambiante y en ocasiones se le ve triste y preocupada; se encuentra deprimida, con problemas para tomar decisiones y con dificultad para concentrarse y una tensión actual, que le preocupa que no tiene ninguna contribución económica en el hogar. Mantiene una relación armoniosa con sus compañeros de la tercera edad y con su hija y nietos. La última revisión visual se le realizó hace un año sin cuadro patológico, la limpieza de sus oídos después del baño la realiza con la ayuda de un hisopo, su comunicación verbal es buena sin dificultad para omitir sus juicios, con entrevista directa y comunicación no verbal por entrevista con cuestionario, se relaciona con mucha facilidad, su mecanismo de defensa es que la contradigan; entre las condiciones que limitan la comunicación está el ruido de la televisión encendida todo el día.

En la escala de valoración sobre depresión geriátrica, se encontró que ha abandonado mucho sus intereses y actividades, además se aburre con frecuencia y se molesta por pensamientos que no puede alejar de su mente; además tiene miedo de que algo malo le vaya a suceder, prefiere no hablar cosas nuevas porque tiene preocupación en el futuro, cree que su situación es desesperante y no puede concentrarse, por lo que prefiere evitar las reuniones sociales. No le es fácil tomar decisiones ya que piensa que su mente no esta tan clara como lo estaba antes.

En cuanto a la necesidad de vivir según sus creencias, pertenece a una religión concreta que es la católica, además menciona que Dios es de gran importancia para ella, además le resulta de gran ayuda al orar y su enfermedad no afecta sus sentimientos ya que para ella Dios es honestidad, respeto, sinceridad, amor, salud y comprensión. ser justa considera que es su mayor valor como

persona, lo que hace que actúe según sus ideas. Lo que más le preocupa al estar enferma es sanar pronto o si le va a perjudicar en algo. Cuando necesita ayuda le resulta de mayor utilidad su familia, cuando tiene miedo le ayuda escuchar música, además tiene siempre la esperanza de que se le van a resolver sus problemas. No tiene asunto o negocio pendiente, sus pérdidas afectivas las maneja con resignación, así mismo su sentimiento sobre la muerte lo maneja con miedo pero tiene esperanza a la vida eterna. Acude a misa los jueves y domingos, reza por las mañanas de lunes a viernes durante media hora con sus compañeros del grupo donde acude, trae en el cuello una medalla de la virgen de Guadalupe y el sagrado corazón de Jesús para que la protejan, además de algunas estampa religiosas que guarda en su monedero.

En la necesidad de trabajo y realización, refiere que con la ayuda que recibe de su hija y su hermana no le alcanza para satisfacer sus necesidades pero entiende que no pueden darle más, no tiene ninguna situación laboral actual, pero quisiera desempeñar cualquier cosa. Además menciona que se siente realizada como madre, abuela y ama de casa. Su tiempo libre lo ocupa escuchando música, viendo televisión, aunque también se ocupa de algunas actividades en el hogar como: barrer, lavar trastes, refiere dolor en miembros inferiores cuando se excede de trabajo deambulando.

En cuanto a la necesidad de jugar o participar en actividades recreativas, pertenece a un grupo de la tercera edad en el que juega y participa con los demás miembros del grupo, su tiempo libre lo ocupa en cocer, platicar, ver televisión, escuchar música, para resocializarse en tabla comunicación con sus compañeros recordando sus experiencias pasadas.

En la necesidad de aprendizaje, refiere que su escolaridad fue hasta el 2° año de primaria, es muy optimista, tiene interés por aprender acerca de su padecimiento para su autocuidado y evitar complicaciones; Aunque piensa que a su edad ya no es necesario aprender cosas.

Medicamentos prescritos:

Fármaco	Dosis	Frecuencia	Tema
Tolbutamida	1 tableta	C/12 horas	Diabetes Mellitus.
Complejo B	1 tableta	C/24 horas	Vitamina.
Piroxicam	1 tableta	C/24 horas	Analgesico Músculo Esquelético.

La señora Ángela Anaya Guerrero refiere que desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría ya que la cantidad de azúcar disminuyó, al igual que los dolores musculares y que se siente mejor con las vitaminas.

Además de su tratamiento médico realiza control de dieta, control de glucosa en sangre y en orina y ejercicio; ésto lo hace cada dos meses con su médico familiar del ISSSTE.

b. JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

Esta se realiza sobre la base de los diagnósticos de enfermería y al grado de dependencia o independencia que la persona presenta, así tenemos que en primer lugar atenderemos a la necesidad de oxigenación en la cual se encontró un cuadro gripal, relacionado con el ambiente húmedo en que vive la persona, por lo que refiere tos y secreción nasal.

En segundo lugar, se consideró a la alteración de la nutrición que es el estado en que el individuo tiene una ingesta de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas y que si no se atiende pronto, podría favorecer el incremento en la pérdida de peso que repercutiría en la pérdida del bienestar. En este punto existe una alteración en la mucosa oral y masticación debido a la presencia de anodoncia total, por lo que come alimentos blandos además de que no puede comprar su prótesis debido a su situación económica.

En tercer lugar, consideró la alteración de la eliminación urinaria, ya que la persona presenta nicturia y gotéo terminal al orinar, esto como resultado de su alto grado de glucosa, lo que indica que no lleva un control de la misma y de su dieta no es la adecuada.

En cuarto lugar, consideró la movilidad física, debido a que la persona presenta dolor en cintura y piernas, además de calambres, esto indica que la persona no sabe que ejercicios debe realizar ni la cantidad; también indica que no sabe nada acerca de los cuidados de los pies para disminuir las varices.

En el quinto lugar se tomó en cuenta la alteración de descanso y sueño que la persona requiere ya que refiere que no cumple con estos requisitos por el tipo de colchón viejo en que duerme, además de la habitación fría y los ruidos de la televisión; lo que le provoca insomnio, vértigo y síncope; esto indica que ni la persona ni la familia tienen conocimiento de lo que es el descanso y el sueño.

En sexto lugar se consideró la termorregulación considerada como la fluctuación entre la hipotermia y la hipertermia; en este caso con fluctuaciones en la temperatura ambiental y de su habitación, ya que dada a su edad se hace más susceptible a los cambios bruscos de temperatura,

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

esto lo hace ser dependiente por la falta de conocimiento de los cambios de temperatura y de cómo abrigarse.

En séptimo lugar se tomó en cuenta el deterioro que presenta en la piel en miembros inferiores, aquí presenta varices, callos y juanetes; lo que indica que no sabe los cuidados para disminuir las varices, así como del cuidado de sus callos ya que los tiene muy deteriorados al igual que sus juanetes.

En octavo lugar se consideró la depresión que presenta, esto aunado a estrés; menciona que es por los problemas que tiene para tomar decisiones y concentrarse, esto quiere decir que no sabe separar sus problemas y que siempre los trae con ella, por lo que debe tener en claro que no debe preocuparse y que todo tiene solución menos la muerte.

En noveno lugar, se tomó en cuenta la comunicación ya que es un punto muy importante porque para poder resolver los problemas es muy importante el diálogo y el discurso, el cual no se puede lograr si existe algún medio de interferencia como lo es el ruido de la televisión, por lo que la familia deberá modificar esto.

En décimo lugar se nota un deterioro en los intereses y actividades de la persona, con las cuales manifiesta temor, preocupación en el futuro, aburrimiento y además se encuentra molesta por sentimientos que no puede alejar de su mente, lo cual indica que no pone atención y no participa de lleno en las actividades que se le imparten en el lugar donde acude. Por esto se tendrá que motivar para despertar y motivar su interés y realice actividades tanto recreativas como ocupacionales, y se despierte el interés por conocer más acerca de su padecimiento.

En décimo primer lugar se pudo notar que presenta dificultad para tomar decisiones, esto lo manifiesta con ansiedad por la perturbación que hay en su mente, esto indica que no sabe como ordenar sus ideas.

En décimo segundo lugar, se consideró su grado de conocimiento sobre su padecimiento y el autocuidado ya que refiere que a su edad ya no es necesario aprender cosas: Por lo cual requiere del conocimiento de las complicaciones de su enfermedad, para despertar su interés en la misma.

C. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS

Diagnóstico 1. –Cuadro gripal frecuente relacionado con el ambiente húmedo en que vive manifestado por tos, y secreción nasal.

OBJETIVO

- Mejorar las condiciones en que vive.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear conjuntamente con ella, el modo de instalar una alfombra o tapete en su habitación.
- Planear de acuerdo con ella misma el modo de mantenerse abrigada para evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Planear una visita al médico, para el control farmacológico de estas manifestaciones.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- Se mejoraron las condiciones ambientales del entorno de la persona.
- Se le colocó una alfombra en su habitación.
- Comprendió que debe mantenerse abrigada para evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Desapareció la tos el escurrimiento nasal.

Diagnóstico 2. - Alteración de la nutrición relacionado con anodoncia total, manifestado por problemas de masticación.

OBJETIVO

- Mejorar el aporte nutricional.
- Proporcionar los alimentos de acuerdo a las posibilidades de la persona

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear junto con ella un menú rico en nutrientes, considerando sus preferencias, gustos y posibilidades.
- Educación sobre la importancia de los beneficios de mantener el peso ideal.
- Estimularlo frecuentemente cuando tome su dieta.
- Concertar una cita con el dentista para las posibilidades de una prótesis.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona mejoró sus hábitos alimenticios.
- La persona consume alimentos cocidos y blandos.
- No se pudo obtener su prótesis debido al costo tan alto y a su condición económica.

Diagnóstico 3. – Alteración de la mucosa oral relacionado con higiene ineficaz, manifestado por infección bucal.

OBJETIVO

- Proporcionar orientación sobre la higiene bucal.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educar a la persona sobre la importancia de una buena higiene bucal.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona mejoró la técnica de lavado de la boca.
- La persona desapareció la infección bucal.

Diagnóstico 4. -Alteración de la nutrición relacionado con carencia de prótesis por situación económica, manifestado por ingerir alimentos blandos.

OBJETIVO

- Mejorar el aporte nutricional.
- Planear el tipo de dieta que debe llevar.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla sobre los alimentos que debe consumir.
- Planear junto con ella una visita al dentista para su prótesis.
- Planear una cooperación familiar para su prótesis.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona sabe que alimentos puede consumir.
- La persona no pudo obtener su prótesis.

Diagnóstico 5. - Alteración de la eliminación urinaria relacionado con su padecimiento Diabetes Mellitus, manifestado por nicturia con goteo terminal al orinal.

OBJETIVO

- Disminuir el riesgo de complicaciones en vías urinarias.
- Mantener la glucosa en límites normales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla para evitar complicaciones.
- Llevar un control de la glucosa.
- Llevar un control de la administración de los medicamentos.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona desapareció la nicturia y el goteo terminal y evitó complicaciones.
- La persona controló la glucosa.

Diagnostico 6. - Deterioro de la movilidad física relacionado con articulaciones dolorosas y calambres manifestado por dolor en la cintura y piernas.

OBJETIVO

- Mejorar sus dolencias.
- Mejorar la fuerza y el tono muscular.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear la actividad de ejercicios de acuerdo al sitio de dolor.
- Educarla sobre la importancia de los beneficios de la relajación.
- Planear junto con ella los ejercicios con objetos de bajo peso y resistencia para la cintura y piernas.
- Masaje con un vibrador.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona recobró su movilidad física.
- La persona mejoró el dolor de cintura y piernas.
- La persona desapareció los calambres.

Diagnóstico 7. - Alteración en la necesidad de descanso y sueño relacionado con malestar físico, manifestado por vértigo y síncope con problemas de memoria.

OBJETIVO

- Mejorar su descanso y sueño.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educar a ella y a la familia sobre la importancia del descanso y sueño.
- Planear junto con ella el horario de descanso y sueño.
- Junto con ella y su familia ver que es lo que le altera su descanso y sueño.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona mejoró su descanso y sueño.
- La persona apartó aquello que le alteraba su descanso y sueño, porque entendió que ella no puede solucionar todo.
- La persona organizó su horario de descanso y sueño, su descanso de dos horas de 18:00 a 20:00 horas y el sueño de 21:00 a 06:00 hrs.

Diagnóstico 8. - Existe un cuadro que impide el descanso relacionado con el tipo de colchón (viejo) y el ruido de la televisión, manifestado por insomnio y confusión mínima.

OBJETIVO

- Mejorar las condiciones de descanso de la persona.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear junto con ella y su familia, la compra o donación de un colchón.
- Planear junto con ella y su familia los horarios de televisión.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- Lamentablemente no se le pudo conseguir el colchón pero se sigue intentando.
- La persona disminuyó el insomnio.

Diagnóstico 9.- Termorregulación ineficaz relacionado con uso de ropa inadecuada y su habitación fría, manifestados por cambios de temperatura, por arriba o debajo de los límites normales.

OBJETIVO

- Mejorar la adaptación a los cambios de temperatura.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla sobre la importancia de los beneficios de usar prendas de vestir adecuadas que le ayuden a mantener la temperatura.
- Educarla sobre la importancia de evitar enfermedades respiratorias.
- Educarla sobre los beneficios de protegerse de las corrientes de aire frío.
- Planear junto con ella y su familia , equipar su habitación.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona podrá disminuir el riesgo de afecciones respiratorias.
- La persona aprendió a usar las prendas de vestir adecuadas a las condiciones ambientales.
- La persona equipó su habitación con alfombra.

Diagnóstico 10.- Deterioro en los valores y metas relacionados con ansiedad, manifestado por cambios de temperatura corporal.

OBJETIVO

- Mejorar su estabilidad emocional en cuanto a valores y metas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla sobre la importancia de valores y metas.
- Hacerle más agradable la vida.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona demostró interés en sus valores y metas.
- La persona disminuyó la ansiedad.
- La persona mantuvo su temperatura estable.

Diagnóstico 11.- Deterioro de miembros inferiores, relacionado con ejercicio excesivo y estar parada la mayor parte durante su tiempo laboral, manifestado con varices, callos y juanetes.

OBJETIVO

- Mejorar las lesiones de los miembros inferiores.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear junto con ella ejercicios y cuidados de las varices por medio de elevación y vendaje en miembros inferiores.
- Planear visita al pedicurita para el tratamiento de sus callos, para posteriormente vigilar e indicarle que use zapatos un número más grande.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona disminuyó la presencia de varices, esto por medio de la elevación de las piernas y vendaje de miembros inferiores.
- La persona mejoró sus callos.

Diagnóstico 12.- Deterioro en la falta de iluminación en la escalera que comunica a su habitación relacionado con falta de instalación eléctrica, manifestado por miedo a caerse.

OBJETIVO

- Mejorar la iluminación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear junto con ella y su familia la instalación eléctrica.
- Educar a ella y a su familia sobre la gravedad o peligro de una caída.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona perdió el miedo.
- Se le instaló la luz en la escalera.
- La persona comprendió la gravedad y peligro de una caída.

Diagnóstico 13.- Alteración de la comunicación relacionado con problemas para tomar decisiones, y dificultad para concentrarse, manifestado por depresión y estrés.

OBJETIVO

- Integrarla a su entorno.
- Hacerle más agradable la vida.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla a ella y a la familia sobre la importancia de los beneficios del discurso y el dialogo.
- Planear con ella la forma de concentrarse.
- Planear con ella la forma de desechar los problemas que le impiden tomar decisiones

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona pudo tener una buena comunicación.
- La persona logró concentrarse.
- La persona desapareció su depresión y estrés.

Diagnóstico 14.-Alteración de la comunicación relacionada con su familia, manifestada por el ruido de la televisión encendida todo el día.

OBJETIVO

- Mejorar la comunicación con su familia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educar a ella y a la familia sobre la importancia que tiene la comunicación.

- Educar a la familia sobre el daño que ocasiona la televisión encendida tanto tiempo (enajenación o corto por calentamiento).

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona y la familia entablaron una comunicación más amena.
- La familia mantuvo la televisión encendida menos tiempo.

Diagnóstico 15.- Deterioro en su interés y actividades relacionado con temor y preocupación en el futuro, manifestado por aburrimiento, y se encuentra molesta por pensamientos que no puede alejar de su mente.

OBJETIVO

- Aumentar su interés.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear actividades en grupo.
- Educarla sobre el futuro y su padecimiento.
- Planear junto con la familia el apoyo para despertar su interés.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona aumentó su interés.
- La persona ya no tiene preocupación en el futuro.
- Ahora tiene todo el apoyo de su familia.

Diagnóstico 16.- Alteración en su necesidad de vivir relacionado con su enfermedad, manifestado por preocupación en las complicaciones de la misma.

OBJETIVO

- Mejorar sus condiciones de vida.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla a ella y a su familia sobre su padecimiento y las complicaciones que este acarrea.
- Educarla a ella y a la familia la forma de evitar complicaciones.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona y la familia tuvieron un pleno conocimiento sobre la enfermedad.
- Desapareció la preocupación porque la persona y la familia ahora saben como evitar complicaciones.

Diagnóstico 17.- Deterioro en su trabajo y realización relacionado con limitación física, manifestado con dolor en cadera y miembros inferiores.

OBJETIVO

- Proporcionarle apoyo para que supere las limitaciones.
- Integrarlo al entorno.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Planear con ella y la familia actividades de trabajo.
- Educarla sobre la importancia de los beneficios que se obtendrán al realizar el trabajo.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona pudo realizar su trabajo de acuerdo a sus limitaciones.
- La persona disminuyó su dolor de cadera y miembros inferiores.

Diagnostico 18.- Alteración en su aprendizaje relacionado con su edad, manifestado porque piensa que ya no es necesario aprender cosas.

OBJETIVO

- Fomentar en ella el deseo de aprender actividades organizadas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Educarla a ella y a la familia para despertar su interés en el aprendizaje.
- Utilizar material didáctico que despierte su interés.
- Realizar actividades recreativas organizadas.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

- La persona despertó su interés en aprender.
- La persona se mostró motivada con el material didáctico utilizado.
- La persona mostró interés en participar en actividades recreativas.

d. PLAN DE ALTA

Después de evaluar los cuidados de enfermería que se le realizaron al adulto mayor, a quien se aplicó el proceso, puedo concluir que las necesidades donde los objetivos no se alcanzaron al 100%, requiere de un calendario de acciones que deberá continuar realizando con el apoyo familiar hasta alcanzar su independencia total es por ello que:

En cuánto a la obtención de su prótesis dental, la familia se comprometió a recavar fondos para comprar su prótesis, cosa que mejorará su alimentación

Respecto a su tipo de colchón, para favorecer su descanso y sueño también la familia se comprometió a buscar la forma de conseguirlo por donación, o comprarlo en un lugar de bajo costo de acuerdo a sus posibilidades.

En tanto que para sus interés y actividades, su familia se comprometió a trabajar con ella, motivándola con actividades recreativas y ocupacionales, y acompañarla periódicamente a su lugar de reunión, con lo cual se sintió apoyada y útil. así será más independiente y habrá modificado su actitud cosa que nos llena de entusiasmo, ya que nos permite afirmar que los cuidados personificados dan buenos resultados.

V. CONCLUSIONES

En este nuevo milenio los avances científicos y tecnológicos obligan a todas las ciencias volver la mirada y hacer un balance de su quehacer diario. Es por esto que la enfermería gerontológica acorde con la evolución de época se obliga a ser más dinámica, más objetiva, y más crítica, de manera tal que pueda estar a la altura de las circunstancias requeridas en el campo profesional, por todo esto los cambios realizados se enfocan a la realización del proceso de enfermería basado en una teoría que delimite su propio quehacer; para que todo profesional profundice y maneje los conocimientos teóricos y metodológicos que sirvan de soporte a su práctica y le permitan conocer y reconocer al individuo en una dimensión holística que le permita traducirse en un cuidado integral con calidad y calidez.

El realizar este proceso considerando los postulados de Virginia Henderson; implica conocer los conceptos fundamentales de su teoría como son: persona, salud, entorno, enfermería y rol profesional, que nos permiten valorar las necesidades básicas de cualquier persona en todas sus dimensiones; si bien es cierto que manejar estos conceptos se hace difícil y complejo debido a la poca habilidad que se posee para ello, también es cierto que son elementos básicos, fundamentales para el conocimiento y desarrollo de otras teorías e investigaciones en el futuro.

El proceso de enfermería basado en una teoría nos permite reflexionar y analizar cada una de sus etapas y exige de nosotros la actualización constante para poder comentar y discutir con otros profesionales, en este caso en lo personal me ha permitido diseñar y comentar con los familiares del adulto mayor a quien se aplicó el plan de cuidados a seguir.

Durante el desarrollo del mismo pude conocer y desarrollar a nivel teórico y metodológico la forma de ejercer la enfermería profesional, la falta de conocimiento de estos aspectos me ocasionaron ciertos contratiempos que pude solucionar adecuadamente buscando mayor información; dándome

cuenta que aún falta mucho para lograr el conocimiento de enfermería que nos permita colocarlo en un nivel profesional indiscutible. Desarrollando modelos y teorías de enfermería con una visión dirigida hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo de manera personalizada o en grupo. Asimismo me permitió comprobar que el proceso de enfermería se basa en el concepto holístico de Ika enfermería permitiéndonos valorar las necesidades individuales y diseñar un plan de cuidados específicos para cada persona, que valida al proceso como una práctica específica de enfermería independientemente del tratamiento médico.

Pude constatar además que se necesita desarrollar la habilidad para la identificación de las necesidades y planteamiento de los diagnósticos de enfermería; pero me siento satisfecha del trabajo realizado ya que al cuestionar mis conocimientos y habilidades me hizo obtener considerables avances en mi desarrollo profesional, motivándome a seguir adquiriendo nuevos conocimientos que sirvan de soporte a mi práctica profesional.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. - Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica; Tr. Ma. Teresa Luis Rodríguez. 3ª, Edición. Madrid, Mosby. 1996.
- 2.- A.S.SSTAAB, L.C. Hodgues. Enfermería Gerontológica; Mac – Graw – Hill. Editorial Interamericana. México, 1996. pp.11,20-24.
- 3.- Brunner y Supdarth. Enfermería Médico Quirúrgica; volumen 2,7ª, Edición; Editorial Interamericana, México, 1994.
4. - D.L.Carnevali, M.Patrick. Tratado de Geriatría y Gerontología; 2ª Edición, Editorial Interamericana, México, 1988.
5. -Donahue,M.Patricia. "La Enfermería, La condición del arte" en Historia de la enfermería; Editorial, Masson – Salvat, Barcelona 1995.
6. - Fernandez Ferrin, Carmen ET, AL;El Modelo de Henderson y El Proceso Atención de Enfermería;Editorial Masson – Salvat, Barcelona 1995.
7. - González Aragón, Joaquín. Aprendemos a envejecer sanos; 4ª, Edición. Editorial Costa – Amic S.A. México 1998.
8. - Harrison. Principios de Medicina Interna; 14ª, Edición. Volumen 2; Editorial Mac – Graw Hill , Interamericana, México 1998
9. - Henderson Virginia A. La Naturaleza de la Enfermería;Editorial interamericana, España, 1994.

10. -Henderson Virginia y Harmer Bertha. Tratado de enfermería teórica y práctica; 4ª. Edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana S.A. México 1997
11. -<http://www.Obesidades.Com/Diabetes.Htm>. Diabetes Prevention Program. 1999
12. -Kozier Barbara. Enfermería Fundamental; Editorial Interamericana, México 1993.
13. -Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, Madrid 1996
14. - Merck, El Manual de Geriátrica; 3ª. Edición, España, 1992.
15. -Phaneuf Margot. Las Necesidades Fundamentales Según el Enfoque de Virginia Henderson en cuidados de enfermería. El Proceso Atención de Enfermería Tr. Carlos María López Gonzáles y Julia López Ruiz, Editorial Mac – Graw – Hill, Madrid 1993.
16. - Proceso Salud Enfermedad UNAM. México, 1993. Mecanograma.
17. -<http://www.Diabeticohispano.Com/info.Htm> 1999

**ANEXO 1. COPIA DE EJERCICIOS
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL DIF**

**MODELO DEL PROGRAMA
TIPO DE EJERCICIOS**

Lo ideal de un programa es que se ejerciten todos los músculos de nuestro cuerpo. Los siguiente ejercicios van a combinar tanto de tipo isotónico como de tipo 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.

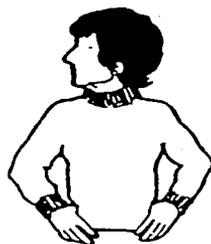
EJERCICIO 1:

Para fortalecer cuello:

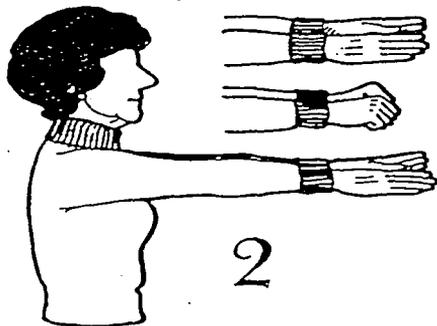
Primero siéntese confortable y rote la cabeza a la izquierda, Regrésela al centro; lentamente rótelas a la derecha, regrese a la posición del principio; lentamente doble la cabeza hacia Atrás lo más que pueda y lentamente hacia delante hasta - Que la barba toque el pecho, no olvide usar un cierto grado De tensión en sus movimientos; repítalo varias veces desde Dos hasta 10 veces.



1

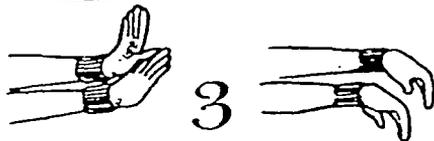


Ejercicio 2: Para fortalecer los dedos de las manos: Extienda los brazos enfrente a la altura del hombro con las palmas abajo, junte los dedos lentamente, y aflójelos; voltee las manos hacia arriba, apriete los dedos, aflójelos; cierre el puño, aflójelo, ábralo lo más posible; extienda los brazos hacia el frente, abra y cierre los brazos.



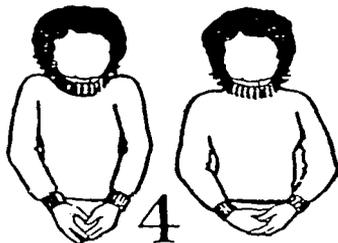
2

Ejercicio 3: Extienda los brazos hacia adelante y ponga las puntas de los dedos tocándose, apunte con sus dedos hacia el cielo levantando los brazos lo más posible, apunte los dedos hacia el piso, repita este ejercicio varias veces.



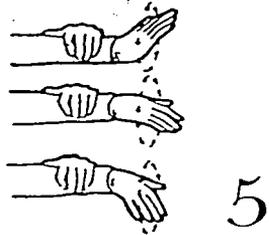
3

Ejercicio 4: Para dar tono a los hombros y a la espalda: Forme un puño y apóyelo sobre la mano del brazo contrario, apriete, empuje con su puño y trate de oponer resistencia con la palma de la otra mano; cambie de posición y repítalo, haciendo fuerza en este caso con el brazo izquierdo sobre el derecho: levante los brazos y haga el ejercicio a la altura de su cara, del cuello y del tórax.



4

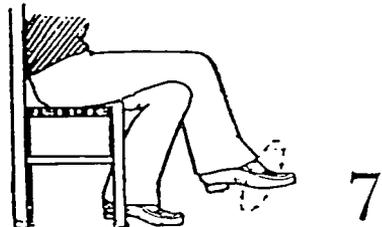
Ejercicio 5: Ejercicio de las muñecas: Debe rotar las muñecas con los brazos abiertos en dirección de las manecillas del reloj y regresarlas nuevamente contra las manecillas del reloj.



Ejercicio 6: De pie levante los dos brazos y rótelos desde los hombros en pequeños círculos hacia adelante y hacia atrás, como si estuviera nadando, al principio círculos muy pequeños y después mayores.



Ejercicio 7: Para el tobillo y para el pie: Siéntese, cruce la pierna sobre la rodilla opuesta, rote el pie lentamente haciendo círculos completos lo más grandes posible.



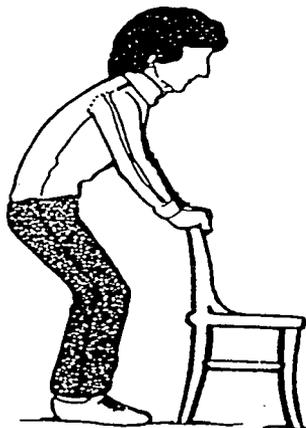
Ejercicio 8: Ejercicios de flexibilidad: Para estos ejercicios necesitamos una liga gruesa del tipo ligadura que usan las enfermeras para la aplicación de inyecciones intravenosas (consígala de aproximadamente un metro y medio) vamos a usarla en varios modos:



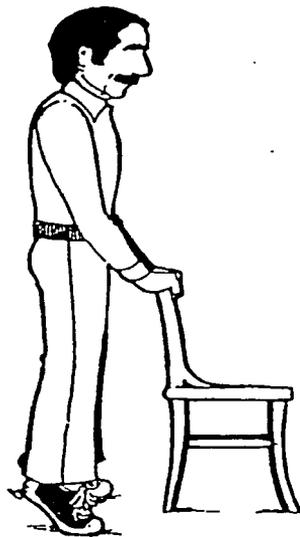
- a) En el primer caso en toda su extensión sin anudarla, levante los brazos

LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

Ejercicio 9: 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 esté en cuclillas y levántese apoyándose en los dedos de los pies, póngase de puntas hasta que se enderece propiamente, repita esto diez veces.



9



Ejercicio 10: 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 en el respaldo; levante la rodilla izquierda hacia el pecho lo más que sea posible, sostenga unos momentos la posición (es un ejercicio tipo de marcha de los soldados), una rodilla y luego la otra lo más posible.

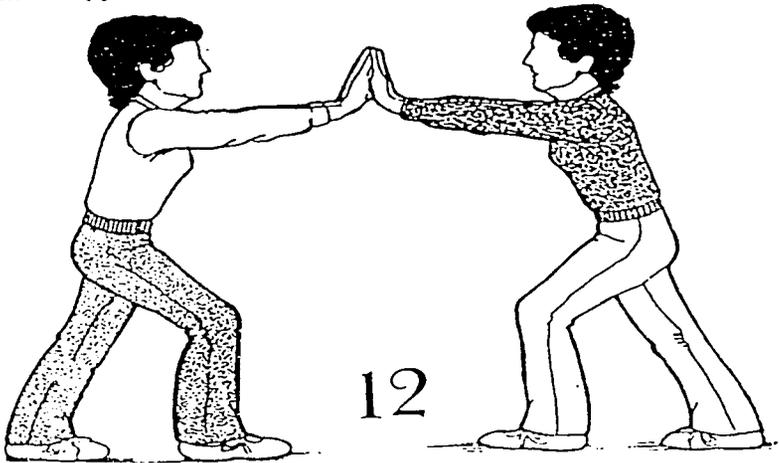


10

Ejercicio 11: Para fortalecer la columna y los músculos glúteos: De pie, erecto, detrás de una silla, con los pies juntos y las manos sobre el respaldo; levante una pierna hacia atrás lo más lejos posible con la rodilla no flexionada, regrese a la posición y repita.



Ejercicio 12: Para fortalecer brazos, piernas, espalda: Párese de frente a una pared con la pierna derecha hacia adelante 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).



LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

Ejercicio 13: Es un ejercicio que debe ser combinado con otras personas: Se ponen en línea, se levantan los brazos a los lados al nivel del hombro y se tocan las palmas y los dedos como los de la persona al lado, se empuja haciendo presión y descansando alternadamente; realiza los mismos movimientos la otra persona.



13



14

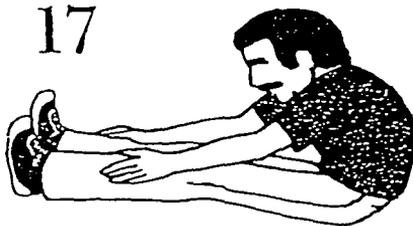
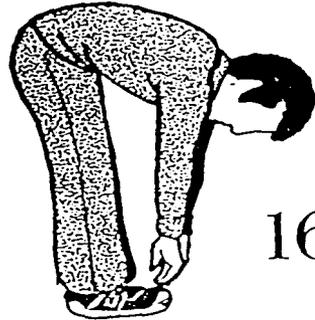
Ejercicio 14: Para hombro y flanco: De pie, con los pies abiertos para balancearse levante el brazo derecho sobre la cabeza dejando el brazo izquierdo de lado; dóblese hacia la izquierda, levantando el brazo derecho, cambie de brazo y repítalo cinco veces.

Ejercicio 15: Para los hombros, brazada de nadador: Con los dos pies abiertos y los brazos en posición de nadar, doble las rodillas y alternadamente como si estuviera nadando gire sus brazos hacia adelante y luego hacia atrás.



15

Ejercicio 16: Para la flexibilidad de la columna y las piernas: De pie con los brazos juntos a los lados; lentamente dóblese hacia adelante lo más posible como si intentara tocar los pies.



Ejercicio 17: Para fortalecer la parte de la columna y las piernas: Siéntese en el piso con las piernas extendidas hacia adelante y las rodillas juntas; dóblese hacia adelante lentamente poniendo las manos hacia los tobillos buscando que las manos lleguen a los tobillos, trate de tocar con la barba las rodillas sin doblar las piernas, regrese a la posición e inhale profundamente cada vez que lo haga.

18

Ejercicio 18: 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 adelante lentamente y extienda los brazos entre las piernas.



LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

Ejercicio 19: Para fortalecer los músculos del estómago: Siéntese con las 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 adelante buscando las rodillas mientras exhala y regrese hacia la posición del principio inhalando.



Ejercicio 20: Para afirmar los músculos del estómago y los de la parte anterior del cuello: Acostado con las piernas rectas y los brazos a los lados; dóblese hacia adelante y separe los hombros del piso, aguante en esta posición contando hasta el número cinco y regrese a la posición del principio.



Ejercicio 21: 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, sosténgala con ambos brazos y cuente hasta cinco, repita con la pierna opuesta.

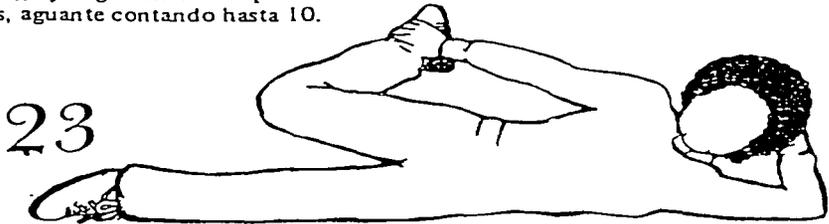


Ejercicio 22: Mismo ejercicio, pero con las dos piernas hacia el pecho, sosténgalas con los brazos arriba de las piernas; trate de levantar un poco las asentaderas del piso como si se diera un empujoncito hasta atrás, esto fortalece los músculos glúteos.



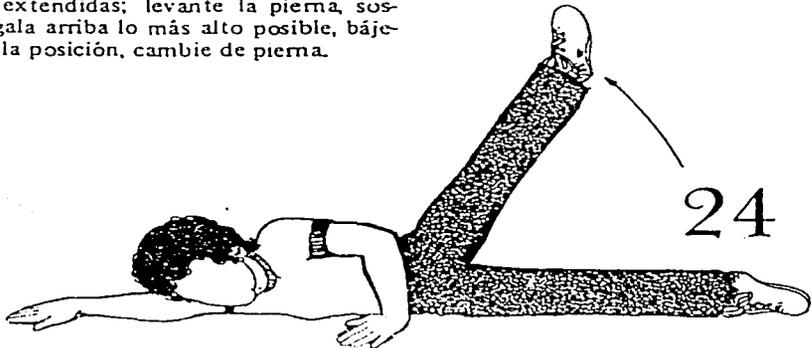
22

Ejercicio 23: 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 de recha), y ligeramente arquéese hacia atrás, aguante contando hasta 10.



23

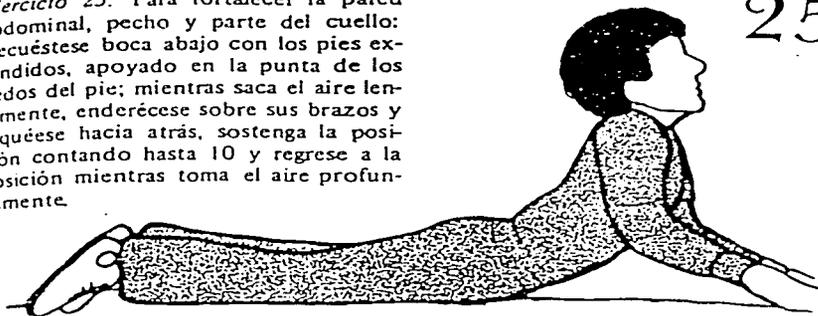
Ejercicio 24: Para fortalecer la parte exterior de la pelvis y músculos de la cadera: Acuéstese de lado con las piernas extendidas; levante la pierna, sosténgala arriba lo más alto posible, báje-la a la posición, cambie de pierna.



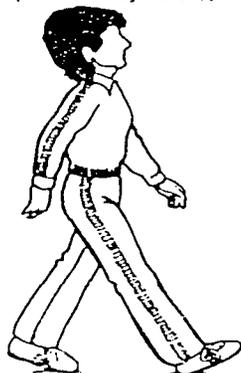
24

LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

Ejercicio 25: Para fortalecer la pared abdominal, pecho y parte del cuello: Recuéstese boca abajo con los pies extendidos, apoyado en la punta de los dedos del pie; mientras saca el aire lentamente, enderécese sobre sus brazos y arquese hacia atrás, sostenga la posición contando hasta 10 y regrese a la posición mientras toma el aire profundamente.



Ejercicio 26: 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 lastimarse que cualquier otra forma de ejercicio.



LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

sobre la cabeza con las manos apuntando hacia el techo y tome la liga y trate con una mano de elevarla y con la otra de bajarla, estirando la liga una vez hacia arriba y otra hacia abajo; cambie de brazo una vez hacia arriba y otra hacia abajo.

- b) Levante las dos manos con la liga muy bien sujeta y trate de separar los brazos haciendo presión y extendiendo la liga.



b

- c) Levante ambos brazos por atrás de la cabeza, con la liga por detrás haga tensión, trate de estirar la liga abriendo los brazos. Estos ejercicios van a fortalecer los hombros, los codos y las muñecas.



c

- d) Poniendo nuevamente el brazo y la mano por detrás del cuello trate de estirar el brazo contrario con su liga, al grado de abrirla sin mover uno de los brazos, cambie de posición.

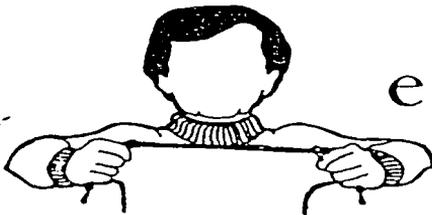


d

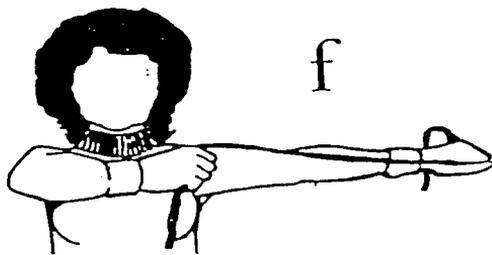
- e) Levante los brazos por delante del pecho a nivel de los hombros con los codos doblados y tome su liga, ponga la mano izquierda al centro del pecho y tomando la liga trate de extender el brazo derecho a toda su extensión; cambie de brazo.

- f) Para fortalecer la parte baja de los brazos: Ponga los brazos a la altura de la cadera tomando la liga y trate de abrirla lo más posible.

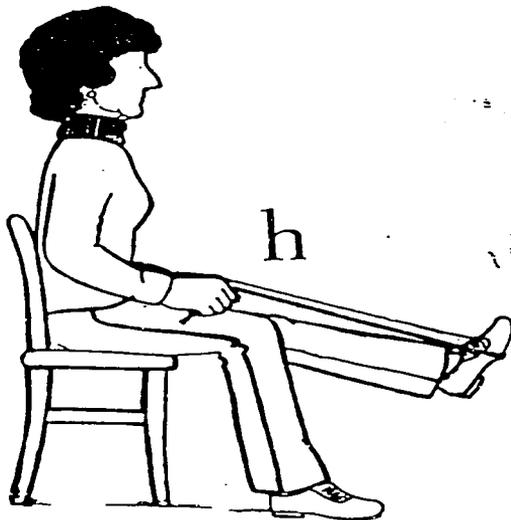
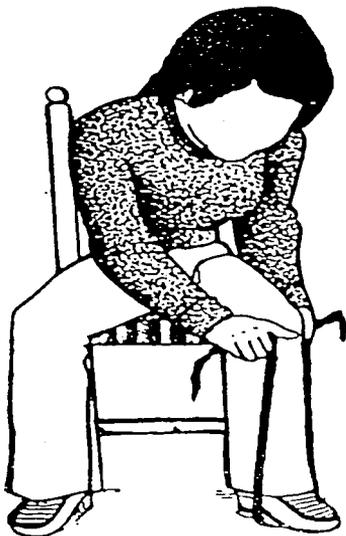
- g) Para los brazos y músculos de la espalda: Siéntese en una silla y encorvándose hacia adelante acomode la liga por debajo del arco del pie derecho; teniendo el pie firmemente fijo en el piso, trate de levantarse hacia su posición erecta, cámbiese y repita con el pie izquierdo.



e



h) Para dar flexibilidad a la pierna: Teniendo igual la liga por debajo del pie, siéntese erecto y eleve su pierna hasta que la rodilla esté derecha, repita con la otra pierna.



ANEXO 2. EL MENU

LUNES

DESAYUNO

- | | CANTIDAD |
|------------------|----------|
| • Sincronizadas: | |
| Tortillas arina | 2 pzas. |
| Jamón | 2 reb. |
| Queso Oaxaca | 30 grs. |
| Aguacate | 1 cda. |
| • Pan Tostado | 1 pza |
| • Atole de avena | 1 pza. |
| • Papaya | 1 taza. |

CANTIDAD

CENA

- Cereal con leche
- Hojuelas de maíz sin azúcar. 1 taza.
- Leche descremada 1 taza.
- Platanó ½ pieza

COMIDA

- | | |
|--------------------------|-----------|
| • Arroz blanco | ½ taza |
| Con chicharo y Zanahoria | al gusto. |
| • Pechuga de pollo azada | 50grs. |
| • Ensalada de verduras: | |
| Brócoli | ½ taza |
| Chayote | ½ taza |
| Vinagre | al gusto |
| Orégano | al gusto |
| Aderezo | 2 cdts. |
| • Tortillas de Maíz | 2 pzas |
| • Agua Jamaica | 1 vaso |
| Sin azúcar. | |

MARTES

DESAYUNO

- Yogurt natural con fruta:
 - Yogurt 1 taza
 - Plátano ½ pza.
 - Manzana ¼ pza.
 - Germen de trigo 3 cdas
- Pan integral 1 pza
- Rollitos de jamón: 2 reb.
 - Jamón de pavo 1 taza
- Atole de avena 1 taza

COMIDA

- Crema de calabaza 1 taza
- Tortillas de maíz 2 piezas
- Huevo cocido 1 pieza
- Lechuga al gusto
- Jitomáte al gusto
- Aguacate 1 cda
- Agua de melón sin Azúcar 1 vaso
- Ciruelas pequeñas 2 pzas

CENA

- Leche descremada 1 taza
- Galletas integrales 8 pzas

MIERCOLES

DESAYUNO

- Leche con cereal:
Hojuelas de maíz sin azúcar 1 taza
Leche descremada 1 taza
Pera ½ pieza
- Verduras con queso:
Zanahoria ½ taza
Champiñones al gusto
Queso manchego 30 gms.
- Pan integral 1 reb.

CENA:

- Atole de avena 1 taza
- Sandwich de queso:
Pan integral 2 reb.
Aguacate 1 cda.
Queso panela 30 gms

COMIDA:

- Pescado frito 50 gms.
- Ensalada de verduras:
Lechuga al gusto
Ejotes al gusto
Jitomate al gusto
Jicama ½ taza
Aceite de oliva 1 cda
- Arroz blanco al vapor 1 taza
- Nopal asado al gusto
- Tortilla de maíz 1 pza
- Manzana 1 pza
- Agua de limón 1 vaso

JUEVES

DESAYUNO:

- Fruta con queso:
 - Durazno 1 pza
 - Queso cottage 4 cdas
- Licuado de avena:
 - Leche descremada 1 taza
 - Avena en ojuelas ¼ taza
 - Canela en polvo al gusto
- Galletas Marías 4 pzas

CENA:

- Leche descremada 1 taza
- Hojuelas de maíz 1 taza
- Plátano ½ pza

COMIDA:

- Pechuga al mojo de ajo:
 - Pechuga de pollo 50 gms
 - Margarina suave 1 cda.
 - Ajo al gusto
 - Sal poca
- Verduras al vapor:
 - Brocoli ½ taza
 - Zanahoria ½ taza
 - Chayote ½ taza
- Tortillas de harina 2 pzas
- Manzana 1 pza
- Agua de fresa 1 vaso
- Sin azúcar.

VIERNES

DESAYUNO:

- Fresas 10 pzas
- Queso cottage 2 cdtas
- Enfrijoladas:
 - Tortilla de maíz 3 piezas
 - Frijoles 3 cds soperas
 - Queso fresco 30 gms
- Nopal asado al gusto
- Atole de avena 1 taza

COMIDA:

- Sopa de pasta 1 taza
- Tortillas de maíz 2 pzas
- Pure de papa ½ taza
- Margarina suave 1 cdtas
- Calabaza y zanahoria 1 taza
- Hervidas
- Pera 1 pza
- Agua de limón al gusto

CENA:

- Galletas de atún:
 - Galletas Saladas 8 pzs
 - Atún en agua 2 cdas
- Agua de limón al gto
- Durazno 1 pza