

00921
149

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON DÉFICIT DE LA MOVILIZACIÓN FÍSICA

Que para obtener el título de

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Margarita Raquel Rivero Leonor

No. de Cuenta: 098611889

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

Asesor del trabajo

Lic. en Enf. Ma. Aurora García Piña

Yucatán, Mérida, 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	PAG.
I.- Introducción.....	4
II.- Justificación.....	5
III.- Objetivo.....	6
3.1 Objetivo General	
3.2 Objetivo Especifico	
IV.- Metodología.....	7
V.- Marco Teórico	
5.1 Evolución Histórica del Cuidado Enfermero.....	8-9
5.2 Definición de Enfermería.....	10-11
5.3 Conceptos Básicos de la Teoría de Dorothea Orem.....	12-20
5.4 Definición del Proceso de Enfermería y sus Etapas.....	21-29
5.5 Etapa de Crecimiento y Desarrollo del Adulto Mayor.....	30-34
VI.- Presentación del Caso Clínico.....	35-37
VII.- Desarrollo del Proceso	
7.1 Valoración de Necesidades.....	38-39
7.2 Conclusiones Diagnostico de Enfermería.....	40
7.3 Enlistado de Diagnostico.....	41

7.4 Plan de Cuidados.....	42-51
VIII.- Conclusión.....	52
IX.- Sugerencias.....	53
X.- Bibliografía.....	54-57
XI.- Anexos	
11.1 Historia Natural de la Diabetes Mellitus.....	59
11.2 Niveles de Prevención.....	60

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, el cual es el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. El proceso se organiza en cinco fases: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

Valoración: Es la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente / familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente.

Diagnóstico de enfermería: Tiene un componente estructural: problema, etiología, signos, síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido este sería la teoría del auto cuidado de Dorothea Orem.

Planeación: En ella se realiza el establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería, determinación de objetivos y planeación de intervenciones de enfermería específicas para lograr los objetivos.

Ejecución: Operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería.

Evaluación: Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es realizado con el fin de brindar una atención holística al cliente hospitalizado, para ayudarlo a su pronta recuperación y brindar una mejor calidad de vida, sin olvidarnos de las características individuales de este, como serían sus necesidades lúdicas y afectivas.

El motivo por el cual se basa el proceso de atención de enfermería en la teoría de Dorothea Orem, es porque en ella ve al cliente como un todo en sus tres esferas (biopsicosocial), de tal forma que el cliente de competencia limitada pueda ser adoptado a un sistema en el cual el enfermero o pariente asume la responsabilidad de decidir y actuar por su cuidado o al mismo tiempo capacitar al cliente en su autocuidado hasta donde lo permitan sus limitaciones.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Aplicar la teoría de Dorothea E. Orem al proceso de enfermería aplicado a un adulto mayor con déficit de la movilidad física en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Regional Benito Juárez durante el mes de abril del 2003.

3.2 Objetivo Especifico

- Valorar las ocho necesidades que plantea la teoría de Dorothea E. Orem.
- Construir los diagnósticos de enfermería
- Planear las intervenciones a realizar de acuerdo al diagnostico de enfermería.
- Realizar el plan de cuidado individualizado.
- Evaluar los objetivos de los planes de cuidados.

IV. METODOLOGÍA

Se cursa un seminario taller que se realiza en tres asesorías para lograr el proceso de atención de enfermería, la cual se lleva a cabo en el mes de abril, mayo y junio con duración de 48 horas.

La primera asesoría es del 5 al 7 de abril, en esta se realiza la revisión de la bibliografía que se utiliza para la construcción del marco teórico.

La segunda del 15 al 17 de mayo, en ella se lleva a cabo la orientación sobre construcción de valoración diagnóstica y planeación.

La tercera se realizará del 17 al 19 de junio, para la integración de conclusiones y sugerencias así como la presentación del caso.

Durante este tiempo se lleva la interrelación del apartado del trabajo así como diversos contactos a través del correo electrónico.

También se realiza una valoración del paciente a través de los requisitos universales en nueve secciones de una hora a partir del día 9 de abril, basándose en la observación, entrevista, interrogatorio y exploración física. De acuerdo a la información obtenida se plantean los diagnósticos de enfermería.

Una vez realizados los diagnósticos se elaboran los planes de cuidados a realizar fijando objetivos, los cuales serán evaluados al final de cada realización de estos, para verificar la eficacia y así lograr la pronta recuperación del cliente.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO ENFERMERO

La primera lectura de García Caro Catalina: historia de la enfermería (evolución histórica del cuidado enfermero) ella clasifica el cuidado en cuatro etapas históricas: domestica, vocacional, técnica y profesional.

Etapa domestica. En ella los cuidados se desarrollan formando parte histórica de la atención a la salud de la época, comprimiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano. Se denomina domestica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el amamantamiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal para transmitir bienestar. Los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, vestido, en general todas las medidas que hacen la vida más agradable.

Etapa vocacional. Esta palabra se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. La época vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Etapa técnica. Esta se desarrolla en la época en que la salud es atendida como la lucha contra la enfermedad. Su desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. En esta etapa Colliere denomina "mujer enfermera-auxiliar del médico".

Etapa profesional. En ella se han dado varias definiciones de lo que es salud, paralelamente a este nuevo concepto las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas.¹

¹ García Caro Catalina. Historia de la enfermera (evolución histórica del cuidado enfermero). Ed. Harcourt. Pág. 15-20

5.2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad, esto abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.²

La diferencia entre la enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud de foco de la enfermería. Las demás disciplinas se centran en algo más limitado que la enfermería. Es cierto

² Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989. Pág. 305.

que el especialista en nutrición sabe más de nutrición y el farmacéutico de farmacología terapéutica que cualquier enfermera. Sin embargo, cada enfermera aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos; cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la enfermería por otras disciplinas.³

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Esta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías y Modelos de enfermería.

Teoría: es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se

³ Carpenito L.J. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994 Pág.5

interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.

Modelo: es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos. Los verbales son enunciados formados por palabras. Los modelos esquemáticos pueden ser diagramas, dibujos, graficas o fotografías. Los modelos cuantitativos son símbolos matemáticos.

Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento sobre los conceptos y las relaciones que existen entre ellos o para planificar el proceso de investigación.⁴

5.3 CONCEPTOS BASICO DE LA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.⁵

⁴ Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986 Pág.6

⁵ López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1994; 10; Pág. 37-38.

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, lo cual generó profundas alteraciones en la práctica profesional tradicional. Para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras, comportamientos) en pensamientos y comunicaciones, y por hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los otros. De este modo, ella considero su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: ⁶

a) Teoría del Autocuidado : En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia : "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos , orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso,

⁶ Eben JD, Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En: Marnier A. Modelos y teorías de Enfermería. 1^a. ed. Barcelona: Ediciones Rol; 1989. Pág.101-113.

soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: nacimiento, niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Con estos tres tipos de requisitos se cubren de forma efectiva, dan lugar a condiciones humanas y ambientales que:

- Apoyan los procesos vitales
- Mantienen las estructuras y funcionamiento humano dentro de los límites normales
- Apoyan el desarrollo de acuerdo al potencial humano
- Previenen las lesiones y los estados patológicos
- Contribuyen a la regulación o control de los efectos de las lesiones y patologías
- Contribuyen a la curación o regulación de los procesos patológicos
- Promueven el bienestar general

Así entonces en el cuadro N.-2 se enuncian los requisitos de auto cuidado universal y sus principales acciones para satisfacerlos.

Cuadro N.-2

1. Mantenimiento del aporte suficiente e aire, agua y alimentos.
 - 1.1. Tomarlos en cantidad requerida para el funcionamiento normal. Ajustándolos según los factores internos y externos que pueden afectar los requerimientos o, en condiciones de escasez, ajustando su consumo para obtener el más ventajoso retorno al funcionamiento integrado.
 - 1.2. Preservar la integridad de las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos asociados.
 - 1.3. Disfrutar las placenteras experiencias de respirar, beber y comer sin abusos.
2. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
 - 2.1. Crear y mantener las cuestiones internas y externas necesarias para la regulación de los procesos de eliminación.
 - 2.2. Manejar los procesos de eliminación (incluyendo la protección de las estructuras y procesos implicados) y la eliminación de los excrementos.
 - 2.3. Proporcionar los cuidados higiénicos posteriores de las superficies y partes corporales.
 - 2.4. Cuidar el entorno según sea necesario para mantener las condiciones necesarias.

3. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

3.1. Seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan un equilibrio, el movimiento físico, las respuestas efectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social.

3.2. Reconocer y atender las manifestaciones de las necesidades de reposo y actividad.

3.3. Usar las capacidades internas y valores personales así como las normas culturalmente prescritas como bases para el desarrollo del patrón reposo-actividad.

4. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

4.1. Mantener la calidad y el equilibrio necesarios para el desarrollo de la autonomía personal y de relaciones sociales perdurables que refuercen el funcionamiento efectivo de los individuos.

4.2. Reforzar los lazos de afecto, amor y amistad, manejar efectivamente los impulsos de usar a otros como propósitos egoístas ignorando su individualidad, su integridad y sus derechos.

4.3. Proporcionar las condiciones de calor social e intimidar esenciales para el continuo desarrollo y adaptación.

4.4. Promover tanto la autonomía personal como la pertinencia al grupo.

5. Previsión de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
 - 5.1. Estar alerta ante los tipos de peligros que es posible que ocurran.
 - 5.2. Empezar acciones para prevenir los acontecimientos que pueden conducir al desarrollo de situaciones peligrosas.
 - 5.3. Aportarse o protegerse uno mismo de las situaciones peligrosas cuando el peligro no puede ser eliminado.
 - 5.4. Controlar las situaciones peligrosas para eliminar el peligro para la vida o el bienestar.
6. Promoción de la normalidad.
 - 6.1. Desarrollar y mantener un auto concepto realista.
 - 6.2. Empezar acciones para reforzar los desarrollos humanos específicos.
 - 6.3. Empezar acciones para mantener y promover la integridad y la estructura humana y funcionamiento de uno mismo.
 - 6.4. Identificar y atender las desviaciones de las normas estructurales y funcionales de uno mismo.

Fuente: Dorothea E. Orem. Modelo de Orem (conceptos de enfermería en la práctica), Ed. Ciencias y Técnicas, S.A. Ed. Salvat, Barcelona España 1993. Pág. 144-145.

b) Teoría del déficit de autocuidado : En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit . Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el

cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) **Teoría de los sistemas de enfermería** : En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas :

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores** : La enfermera suplente al individuo .
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores**: El personal de enfermería proporciona autocuidado .
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación**: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.⁷

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" . Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan

⁷ Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Apartado aéreo: 546. Ibagué. Tolima.
Fecha de recepción: septiembre de 1999

su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.^a

* **Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente

* **Concepto de Salud :** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

*Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993. pag.13.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

* **Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. ⁹

5.4 DEFINICION DE PROCESO DE ENFERMERIA Y SUS ETAPAS

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. Este exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su

⁹ Idem. Pag. 13

potencial máximo de salud. El Proceso de Atención de Enfermería requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.¹⁰

El proceso de enfermería tiene diversas ventajas como son: permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación..

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

¹⁰Op. Cit pag. 101

Etapas o fases del proceso de enfermería:

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.⁷

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).⁹ Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. La anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.¹¹

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que sigan los resultados de los que es responsable la enfermera.¹²

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de

¹¹ Ibidem pag. 115

¹² Atkinson L. Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2a ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.

bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la

segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con, la cual se indica r/c.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la North American Nursing Diagnosis Association.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.⁸ Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) independientes (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) dependientes (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) interdependientes (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en

el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).¹³

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarte a lograr los objetivos.

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.¹⁴

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

¹³ Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

¹⁴ Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996. Pág. 6

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de

enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.¹⁵

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.¹⁶

5.5 ETAPA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADULTO MAYOR

La vejez es la última etapa del ciclo vital familiar en donde el anciano (a) con las limitaciones propias de la edad, estilo de vida y particular forma de comportarse,

¹⁵ Luis MT. Diagnósticos de Enfermería, Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991. Pág. 14-62.

¹⁶ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996. Pág.60.

incide en la dinámica familiar, y se ve obligado (a) convivir con dos o más generaciones. Las características de cada edad van articulando una red de interacciones, a veces no muy adecuadas, que obstaculizan la convivencia armónica y bajan los niveles de aceptación y tolerancia, impiden realizar acuerdos, ajustes y concertaciones debido a que se polarizan las ideas, se aumentan las tensiones y los problemas se vuelven más difíciles de resolver.

En la vejez las crisis oscilan desde los problemas inesperados hasta el desvalimiento, en donde algunos ancianos utilizan la terapia o la hospitalización como una manera de interrumpir su soledad.

En las crisis del desarrollo, la vejez ocupa la última etapa del ciclo vital, y corresponde a familias que tienen uno o más de sus miembros ancianos, a veces con enfermedades crónicas e incapacitantes, es llamada por algunos estudiosos de la familia como la etapa de las pérdidas, por el debilitamiento de la visión, de la capacidad auditiva, del olfato, del gusto, del tacto, por la caída del cabello, la pérdida total o parcial de la dentadura, los trastornos de la memoria, la pérdida de elasticidad y el adelgazamiento de la piel, por la atrofia muscular, la disminución de la potencia sexual, de la masa ósea, y por los cambios en el sistema digestivo, endocrino, piel, neurológico, óseo, muscular etc., etc.

Las alteraciones psicológicas, motrices y de los órganos de los sentidos en los ancianos limitan su expresión verbal, los tornan retraídos, acentúan su lenguaje no verbal por medio de gestos, actitudes, posiciones, tono de voz. Se les percibe a veces más silencioso y distante, como lejanos, con dificultad para expresar sus afectos con toda la intensidad y para algunos viejos, aceptar el cambio y lo novedoso se torna muy difícil. La jubilación es uno de los cambios que debe enfrentar al empezar la vejez, hecho que para algunos es dramático, que va acompañada de pérdida de su estructuración, finalidad y contexto, es un peligro para quienes no saben jugar, aprender o amar, corren el riesgo de volverse inactivos, conservadores, aburridos y deprimidos pero a la vez es una oportunidad maravillosa para aquellos individuos juguetones, imaginativos, cariñosos y amantes de la aventura porque adquieren una gran libertad. El jubilado si está casado (a) se suceden cambios en la relación de los sistemas conyugal y parental, ya sea que quién se jubila sea él o ella o ambos.

La crisis de desvalimiento se inicia cuando el anciano se vuelve dependiente física, económica o emocionalmente y es posible que uno de los hijos tome el cuidado de su progenitor asumiendo el rol parental, lo cual provoca roces con otros miembros de la familia al competir por el poder. Una de las situaciones más desagradables se da cuando los hijos le piden al progenitor que se retire de la dirección de su empresa o negocio cuando él cree que ninguno podría reemplazarlo y al mismo tiempo él no se siente capaz de continuar. La pérdida del poder afecta la autoestima del anciano quién se siente desplazado o

relegado, incapaz de continuar ejerciendo las funciones propias de su rol y las tareas que de ellas se derivan.

Una de las situaciones más dolorosas en la crisis de desvalimiento es cuando el anciano(a) ya no puede vivir solo(a), y cuando el anciano espera pasar sus últimos días en su hogar y/o con alguno de sus hijos. La familia se ve entonces abocada a enfrentar el dilema entre negociar la convivencia con el anciano o buscar otras alternativas.

Pittman afirma como a medida que se envejece las relaciones se suavizan tanto con la pareja como con los hijos, hay más disposición y capacidad para perdonar; existe el peligro del conflicto cuando hay patrimonio de por medio y los padres ancianos o los hijos temen que se malgaste y se pierda.

La autoridad se mantiene cuando se ha ejercido con claridad, firmeza, ternura y flexibilidad acompañada de la vivencia de valores, mediante actitudes claras y criterios definidos y los abuelos comprometidos con sus hijos y nietos, son ayuda invaluable para las tres generaciones.

Rodolfo Heredia citado por Echeverry afirma como: "quién pertenece a la tercera edad ingresa a un mundo de trastos viejos, hombres y mujeres arrinconados por una sociedad que no concede espacio a quién deja de producir". Contrasta esta apreciación con la de Carmen Delia Sánchez cuando conceptúa que los ancianos no han sido abandonados sino que están

integrados al sistema familiar con lazos filiales intensos y la familia mantiene una posición de prominencia dentro del espacio vital psicológico de la persona anciana, especialmente por virtud de su habilidad para proveerle seguridad emocional y material. También el anciano ejerce funciones vitales dentro del sistema familiar y es recurso para la misma al tomar parte activa en el cuidado y atención a los miembros más jóvenes y realizar tareas domésticas que alivian el quehacer cotidiano de la familia. Los abuelos tienen "funciones simbólicas, anota Carmen Delia Sánchez, y ellas son: su presencia en la familia como indicador de identidad y continuidad generacional, guardianes de la familia al pasar de un rol pasivo de reserva a uno activo de protección o de atención a ella". Algunas veces actúa como negociador en las dificultades de las relaciones intergeneracionales. Son personajes muy importantes para los jóvenes en la construcción social de la historia de la familia y en la conexión del pasado con el presente y con el futuro.¹⁷

¹⁷Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993 Pág. 135-139

VI. PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Cliente masculino de 78 años de edad, complexión delgada, originario de CANCEL (pueblo del estado de Yucatán a 5 kilómetros de Mérida), es viudo con siete hijos, actualmente es pensionado. La fuente de obtención de información: fue su hijo con el que vive actualmente, su nivel socioeconómico es bajo el cual influye en que sus hábitos higiénico-dietéticos sean deficientes. Vive en casa propia de bloques, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, tiene letrina. Padece de Diabetes Mellitus tipo 2 controlándose con sulfonamidas de segunda generación. Padece cataratas siendo tratado por oftalmología en el Hospital General Regional #12 Benito Juárez hace dos años tiene antecedentes quirúrgico de lente intraocular. Tuvo una intervención para desarticulación del primer orjejo del pié izquierdo. Niega transfusiones y alergias.

Hace un año presenta Enfermedad Vasculat Cerebral e ingreso a esta unidad con deterioro de la conciencia y disnea de medianos esfuerzos, disatría, desviación de la comisura labial hacia lado izquierdo, con hemiparesia derecha. Actualmente ingresa al servicio de medicina interna del Hospital General Regional #12 Benito Juárez el 1 de abril del 2003 con diagnóstico Médico de Necrosis del segundo orjejo del pié derecho/insuficiencia Arterial periférica/ Diabetes Mellitas tipo 2.

Durante el tiempo que este el cliente hospitalizado se le va ir valorando en el estado de salud que se encuentre para ver la mejoría que va teniendo o en su

defecto emplear medidas asistenciales para ayudar a mejorar su salud, enfatizando en un apoyo educativo, así como parcialmente compensador.

11 de ABRIL 2003: El cliente se encuentra con buen semblante, ligera palidez de tegumentos. Mediante la observación se pudo identificar la complexión esbelta que va adquiriendo, edema en las extremidades inferiores. Así como la evolución de la necrosis del 2º orjejo.

Los signos vitales están estables: Frecuencia cardiaca: 90 x'. Frecuencia respiratoria.20 x', Temperatura. 36 °C y Presión Arterial. 120/80.

12 ABRIL 2003. Recibo cliente conciente y refiriendo hambre, se muestra muy cooperativo en la realización de sus ejercicios activos y pasivos con todo el cuerpo y no solo con las partes afectadas. Debido a la carencia dental en el maxilar superior se le dan puras papillas. Es programado a cirugía para el día 15 de abril del mismo año. Sus Signos vitales son: Frecuencia Cardiaca:120 Frecuencia Respiratoria.20 Presión Arterial. 110/70 Temperatura. 36°.

14 ABRIL 2003. El cliente se encuentra despierto orientado, no ha evacuado en 3 días, sigue con el mismo esquema de tratamiento y medicamentos. Sus signos vitales se encuentran dentro parámetros normales. Frecuencia Cardiaca. 100 x', Frecuencia Respiratoria .20 x', Presión Arterial . 90/70 , Temperatura. 35.5 °C.

15 ABRIL 2003. Se prepara paciente a cirugía para la desarticulación del 2º orjejo del pie derecho. Se le aplica un enema ya que no a podido defecar. Es llevado a quirófano a las 11:00 a.m. para la realización de la desarticulación. Signos vitales. Frecuencia Cardiaca:90 Frecuencia Respiratoria.20 Presión Arterial . 110/70 Temperatura. 36.5°

16 ABRIL 2003. Cliente conciente, orientado con herida quirúrgica debido a desarticulación del 2º orjejo del pie derecho. Se le realiza curaciones de la herida quirúrgica una vez al día, esta se encuentra aparentemente sin datos de infección. Signos vitales. Frecuencia Cardiaca:100 Frecuencia Respiratoria.22 Presión Arterial. 120/70 Temperatura. 36.º

18 ABRIL 2003. Cliente conciente el cual se le dio de alta debido a que la herida permaneció seca sin datos de infección. Se le orienta al hijo y cliente acerca de los cuidados que debe tener con la herida quirúrgica .. dieta, cuidados de su enfermedad. Se le explica que debe acudir a su UMF al servicio de curaciones para que le revisen la herida todos los días al igual para que le realicen la curación de la misma. Signos vitales Frecuencia Cardiaca:110 Frecuencia Respiratoria .20 Presión Arterial. 120/80 Temperatura. 36.º.

VII. DESARROLLO DEL PROCESO

7.1 VALORACIÓN DE NECESIDADES

Requisitos universales.

- 1.- Aire. Presenta respiraciones normales en ritmo y profundidad. Hasta el momento no presenta ninguna dificultad respiratoria.
- 2.- Agua. Esta hidratado, no presenta deficiencia de líquidos. No tiene disponibilidad de agua cuando lo requiere y presenta dificultad para comunicar la necesidad o el deseo de la misma.
- 3.- Alimentos. Alimentación a base de papillas debido a Carenia de piezas dentales. Necesita ayuda en su alimentación. Se alimenta tres al día y refiere que siente hambre por las noches y ya no tiene acceso a esta. Su dieta es para diabético. La motilidad gástrica esta disminuida lo que ocasiona retraso en el vaciado gástrico.
- 4.- Eliminación. Habito Intestinal alterado de la normalidad debido a que presenta estreñimiento de tres días. No logra el control de esfínteres por secuelas del EVC.

5.- Actividad y descanso. Presenta hemiparesia derecha por la cual presenta trastornos de la movilidad, por lo cual necesita ayuda para la realización del cuidado de su persona (baño, alimentación, higiene etc.) No realiza ejercicio. Duerme 7 horas al día. Refiere descanso al despertar.

6.- Soledad e interacción social. No se siente solo debido a que lo van a visitar sus nueros y sus hijos. Dificultad para interaccionar con la gente debido a desviación de la comisura labial (no puede articular su lenguaje).

7.- Prevención de riesgos. En el Sistema músculoesquelético: Presenta hemiparesia derecha. Extremidades inferiores: edema en ambos y necrosis del segundo oritejo del pié derecho, atonia muscular en el muslo y pierna.

8.- Promoción de la actividad humana. El paciente refiere al igual que sus familiares que en su casa no realiza ejercicio. Sus actividades cotidianas las realiza con ayuda ya que tiene una discapacidad en el movimiento del cuerpo (hemiparesia derecha).

7.2 CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Requisitos universales	Apoyo educativo	Parcialmente compensador	Totalmente compensador	Problema	Prioridad
Aire	+			Ninguno	
Agua	+			Ninguno	
Alimentos		+		Carencia de piezas dentarias, inmovilidad física	2
Eliminación			+	Estreñimiento	3
-Actividad -descanso	- +		- +	-Trastornos en la movilidad -Alarga siesta	4
-Soledad -interacción social	++ --			-Sin problema -desviación de la comisura labial.	5
Peligro para la vida Función y Bienestar			+	-Trastornos circulatorios -Inmovilidad física -Herida quirúrgica	1
Promoción de la actividad humana	+			Inmovilidad debido a Hemiparecia derecha	6

7.3 ENLISTADO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la falta de movimiento y fuerza de miembros superiores
- Estreñimiento relacionado con la falta de movimiento, ausencia de eliminación de heces fecales en tres días.
- Alteración de la perfusión hística periférica relacionado con trastornos circulatorios, edema en extremidades inferiores
- Trastorno de la movilidad física relacionado con la alteración de la función neurofisiológica, inmovilidad de la parte derecha del cuerpo
- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con desviación de la comisura labial (no puede articular su lenguaje)
- Descuido unilateral relacionado con lesiones del hemisferio cerebral izquierdo Sec. a enfermedades neurológicas.
- Déficit del autocuidado personal (higiene, baño) relacionado con trastornos de la movilidad física, falta de higiene personal
- Déficit de conocimientos relacionado con desconocimiento de su autocuidado en el hogar.
- Alto riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica.
- Alto riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad prolongada.

7.4 PLAN DE CUIDADOS

Alimentos.

- **DX. Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la falta de movimiento y fuerza de miembros superiores**

OBJETIVO: El cliente regulará sus hábitos alimenticios con ayuda de su familia adecuándolos a sus requerimientos nutricionales mediante las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Toma de dextrostix preprandial y posprandial
- Mantener intervalos adecuados entre cada comida.
- Incluir colaciones por las noches como pueden ser una manzana con un vaso de leche.
- En la alimentación diaria incluir carbohidratos complejos.
- Orientar al consumo de fibra soluble.
- Consumir alimentos crudos y enteros.
- Consumir frutas enteras en lugar de jugo.
- Ayudar al cliente a comer

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Para detectar oportunamente alguna alteración en la cifra de glucosa en sangre (normal de 80 a 120 mg/dl).
- Para mantener o recuperar el peso ideal satisfaciendo las necesidades energéticas.
- Ayuda a prevenir las reacciones hipoglucémicas.
- Para equilibrar el período largo de tiempo en ayuno de la cena al desayuno.
- Se absorben de manera más gradual en aparato digestivo, no elevando mucho la glucosa en sangre.
- Disminuye la tasa de absorción de los alimentos.
- Origina respuesta glicémica más lenta.
- Presenta falta de movimiento y fuerza de miembros superiores.

EVALUACIÓN: El cliente regulo su alimentación, mediante las intervenciones de enfermería y familia, recuperando 2 Kg. en su peso corporal.

Eliminación.

- **DX. Estreñimiento relacionado con la falta de movimiento, ausencia de eliminación de heces fecales en tres días.**

OBJETIVO: El cliente presentará restauración y conservación de la función intestinal, mediante las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Explicar en que consiste este patrón y los hábitos que son perjudiciales para este.
- Estimular la ingesta abundante de líquidos.
- Entrevistarse con la nutriologa para Proporcionar más fibra en su dieta del cliente.
- Vigilar el patrón de eliminación intestinal del cliente y la consistencia de las heces.
- Realizar ejercicios pasivos y activos
- Proporcionar laxantes naturales, antes de pasar a los laxantes o enemas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- La identificación del patrón habitual o normal proporciona al cliente y a la enfermera, datos básales para establecer objetivos.
- Cantidades adecuadas de líquidos favorecen la eliminación fecal normal y son esenciales actuando como diuréticos.
- La fibra absorbe agua y aumenta el volumen de las heces, lo cual estimula el peristaltismo y la evacuación intestinal.
- La valoración regular aporta datos para evaluar la eficacia de las intervenciones.
- Muchos pacientes mayores tienen problemas de movilidad secundarios a un déficit neurológico importante. El ejercicio ayuda al peristaltismo, favoreciendo así la evacuación intestinal.

- Estos estimulan la defecación.

EVALUACION: El cliente no restauo sus hábitos intestinales, sigue presentando estreñimiento a pesar de los cuidados diseñados para mejorarlo. Solo presento una evacuación debido a la aplicación del enema. Será necesaria la continuidad de éstos pero durante todos los turnos.

Prevención de riesgos.

- **DX. Alteración de la perfusión hística periférica relacionado con trastornos circulatorios, edema en extremidades inferiores**

OBJETIVO: El cliente disminuirá la alteración de la perfusión entre tejidos, mediante las actividades de enfermería realizadas durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Valorar los pulsos arteriales, para determinar el volumen 4 veces al día.
- Aplicar calor en miembros inferiores.
- Colocar las extremidades bajo el nivel del corazón.
- Elevar las extremidades.
- Fomentar los ejercicios de Bueger, Allen.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Con el fin de determinar la calidad de la circulación periférica.
- Para estimular el flujo arterial y evitar exposición al frío ya que causa vasoconstricción.
- Promueve el suministro de sangre arterial.
- Contrarresta la fuerza de gravedad facilita el retorno venoso y previene la estasis.
- La gravedad llena y vacía alternadamente.

EVALUACIÓN: El cliente presento disminución del edema en las extremidades inferiores mediante las intervenciones de enfermería.

Prevención de riesgos.

- **DX. Trastorno de la movilidad física relacionado con la alteración de la función neurofisiológica, inmovilidad de la parte derecha del cuerpo**

OBJETIVO: El cliente mostrara una movilidad física y función optimas dentro las limitaciones fisiológicas mediante las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Valorar la capacidad funcional y la magnitud de la afección, registrar y vigilar las mejoras.
 - Mantener la alineación corporal.
 - Realizar ejercicios activos y pasivos.
 - Realizar cambios de posición frecuentes.
 - Realizar flexiones de cuadricéps y dedos.
 - Utilizar dispositivos de soporte.
- Facilita la planeación de las intervenciones de enfermería.
 - Mantiene las curvas naturales de la columna y demás elementos óseos.
 - Para alivio del dolor y debilidad muscular.
 - Favorece la circulación sanguínea.
 - Para evitar tumefacción y facilitar la irrigación de las extremidades.
 - Para facilitar la movilidad fuera de cama.

EVALUACION: El cliente realizo movimientos físicos dentro de sus limitaciones fisiológicas: ejercicios activos y pasivos, extensión de miembros y cambios de posición en la cama con ayuda de sus familiares y personal de enfermería.

Prevención de riesgos.

- **DX. Alto riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica**

OBJETIVO: El cliente no presentará infección de la herida quirúrgica mediante las acciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Vigilar la coloración de los tejidos circundantes de la herida así como los bordes de la misma.
- Valorar signos vitales
- Cambio de apósitos y gasas cada vez que se amerite
- Mantener técnica aséptica durante la manipulación de la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- El enrojecimiento, la hinchazón y el drenaje purulento pueden ser indicante de infección.
- La elevación de la temperatura corporal puede indicar infección.
- La acumulación del líquido drenado en la herida quirúrgica propicia la proliferación de agentes infecciosos.
- Se evita las infecciones cruzadas.

EVALUACION: El cliente no presento ningún signo de infección.

Prevención de riesgos.

- **DX. Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física.**

OBJETIVO: El cliente no presentará escaras ni úlceras mediante las intervenciones independientes de enfermería, durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Inspeccionar la piel para detectar los signos de inflamación y el deterioro de la integridad tisular.

- Cambiar de posición frecuentemente al paciente, variando así sus puntos de apoyo.

- Evitar las úlceras por presión.

- Evitar dejar plegada la sábana, previniendo la fricción.

- La piel debe mantenerse limpia a intervalos regulares, cada vez que este sucia, con sudor, orina etc debe secarse completamente.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Es una importante actividad independiente de enfermería, que previene lesiones innecesarias en los pacientes.

- La presión prolongada y que no se alivia también lesiona los vasos sanguíneos. Modifican los puntos de presión.

- Se dan debido a la estasis venosa, ocasionada por la falta de actividad física.

- Son debidas a isquemia localizada en un área que tiene deficiencia del aporte sanguíneo a los tejidos.

- La fricción es una fuerza que actúa en forma paralela a la piel, la cual la erosiona, eliminando sus capas superficiales.

- Disminuye la tolerancia tisular haciendo la piel más vulnerable a lesiones.

EVALUACIÓN: El cliente no presento ninguna escara o ulcera.

Actividad.

- **DX. Descuido unilateral relacionado con lesiones del hemisferio cerebral izquierdo sec. a enfermedades neurológicas.**

OBJETIVO: El cliente lograra avances en la movilidad y percepción de sus sentidos, mediante las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Valorar el grado de déficit • El conocer el estado neurológico del neurológico y la percepción, al paciente es esencial para idear las acciones igual que la conciencia sobre que favorecen su recuperación. el déficit.
- Proporcionar un entorno seguro: retirando el mobiliario que el del lado afectado. • Para poner al alcance los objetos que el necesite y evitar lesiones.
- Observar y anticiparse a las necesidades. • Es necesario para reducir al mínimo la posibilidad de lesión.
- Abordar y hablar con el paciente del lado no afectado. • Para facilitar la comunicación y estimular el sentido de la vista.
- Utilizar la estimulación táctil para reintroducir en el paciente mayoría de las partes de su cuerpo a la las extremidades no afectadas. • Es importante que el paciente reincorpore la actividad diaria para obtener mejores resultados.

EVALUACION: El cliente no recupero la sensibilidad y movilidad del lado derecho de su cuerpo, ya que las secuelas del EVC aún no son combatidas en su totalidad y se requiere de un período más largo de tiempo.

Interacción social.

- **DX. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con desviación de la comisura labial (no puede articular su lenguaje)**

OBJETIVO: El cliente recuperará la capacidad de comunicación verbal, expresando sus necesidades, mediante las intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Valorar el tipo de déficit de comunicación.
- Sitúese dentro la línea de visión del paciente, cuando le hable deje que el paciente vea sus labios y manos.
- Hable con voz normal no mantenga el tono en calma.
- Hable lentamente utilizando frases sencillas y vocabulario común.
- Plantee preguntas que pueda responder si o no.
- De tiempo para que el paciente responda sus preguntas.
- Para determinar el grado de afectación de la comunicación tiene y establecer estrategias que favorezcan a esta.
- Facilita la comprensión y el entendimiento del paciente.
- Para no hacer sentir mal al paciente.
- Reduce al mínimo la frustración del paciente y son más fácil de expresarse.
- El cerebro requiere de cierto tiempo para procesar la información.

EVALUACION: El cliente no recupero su función de comunicación normal pero logra entablar una comunicación para que puedan entender lo que el necesita.

Promoción de la actividad humana.

- **DX. Déficit del autocuidado personal (higiene, baño) relacionado con trastornos de la movilidad física , falta de higiene persona**

OBJETIVO: El cliente disminuirá su déficit de autocuidado con ayuda de las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Valorar el grado de discapacidad para realizar las actividades de autocuidado administrándole cuidados cutáneos cada 4 o 5 hrs.
- Inspeccionar las áreas sobre prominencias óseas cada día en busca de cualquier alteración.

Proporcionar higiene física total.

- Lavar la cabeza cada tercer día.
- Secar meticulosamente la piel después del baño.
- Aplicar loción o crema inmediatamente después del baño.
- Mantener uñas cortas y limpias
- Administrar higiene bucal después de cada comida.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Para determinar de forma realista la cantidad de ayuda que necesita.
- para detectar las laceraciones antes de que se agraven y tratarlas oportunamente.
- Los indicados ayudan a la cicatrización pronta de la herida.
- Las células muertas del cuerpo que se alojan en la ropa son una fuente propicia para las bacterias.
- La humedad puede propiciar la laceración de la piel.
- Se hidratan los tegumentos evitando las grietas y la descamación.

EVALUACION: se cubrieron las necesidades de higiene, aseo personal y el cliente coopera.

Promoción de la actividad humana.

- **DX. Déficit de conocimientos relacionado con desconocimiento de su autocuidado en el hogar.**

OBJETIVO: El cliente aumentará su nivel de conocimiento acerca de la importancia de su autocuidado como ser humano y la importancia relevante que tiene en el tratamiento de su padecimiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Lavar los pies con agua tibia, diario.
- Secar muy bien el espacio interdigital.
- Revisar los pies en busca de cortaduras.
- Cortar las uñas rectas y limar los bordes.
- Usar piedra pomes para suavizar los callos.
- Levantar los pies en un ángulo de 30° al adquirir una posición semifowler.
- Mover dedos y tobillos por 5 minutos, tres veces al día.
- Aplicación de aceite girasol en la piel.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- Favorece la circulación mediante la vasodilatación.
- Para evitar colonización micótica superficial.
- Disminuye el riesgo de infección y lesiones potencialmente infectadas.
- Evitar infecciones por corte de tejido de continuidad.
- Para facilitar la eliminación de estos y favorecer la descamación de células muertas
- Para mantener el flujo de sangre.
- Para acelerar la circulación en los miembros inferiores.
- Para mantener la integridad y la humectación adecuada.

EVALUACIÓN: El cliente adquirió conocimientos acerca de su autocuidado y los lleva a la práctica para su tratamiento.

VIII. CONCLUSIONES

-Proceso de enfermería a un adulto mayor otorgándole una atención individualizada de acuerdo a sus necesidades presentadas.

-Se retomo la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, ya que desde el punto de vista teórico se enfoca al autocuidado de manera específica. En el presente proceso se enfatizo en un apoyo educativo, así como parcialmente compensador.

-Durante la realización de los planes de cuidados se iban incrementando las intervenciones de enfermería que se requerían para la mejoría del cliente. Después de la realización de los intervenciones se evaluó el logro de los objetivos planeados en los cuales se pudo observar mejoría en la salud del cliente sin embargo esta en algunos no fue total ya que el estado que presenta el cliente solo podemos ayudarlo a tener una mejor calidad de vida.

IX.- SUGERENCIAS

- Realizar visitas domiciliarias cuatro días a la semana, con motivo de que tenga una continuidad los cuidados que requiere el cliente para mejorar su calidad de vida.
- Capacitar a la familia sobre los cuidados específicos que requiere el cliente para que exista una continuidad en ellos.

X BIBLIOGRAFÍA.

Garcia Caro Catalina

Historia de la enfermera (evolución histórica del cuidado enfermero)

Harcourt. Pág. 15-20

Marriner A.

Modelos y teorías de enfermería. 2ed

Barcelona: Ediciones Rol; 1989. Pág.305.

Carpenito LJ.

Planes de cuidado y documentación en enfermería. 3ed.

Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994. Pág.5.

Griffit JW, Christensen PJ.

Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos.

México: El Manual Moderno; 1986. Pág.6.

López P.

Proceso de Enfermería

Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología, 1994. 10 Pág.37-38.

Eben JD, Dorothea E. Orem.

Teoría del déficit de autocuidado en enfermería.

En: Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. 1ª. ed.

Barcelona: Ediciones Rol; 1989 Pág. 101-113.

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima.

Apartado aéreo: 546. Ibagué. Tolima.

Fecha de recepción: septiembre de 1999

Dorothea E. Orem.

Modelo de Orem (conceptos de enfermería en la practica). Ed. Ciencias y Técnicas, S.A.

Ed. Salvat, Barcelona España 1993. Pág. 144-145.

Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D.

Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería 3ª ed.

México: Interamericana McGraw-Hill; 1993 Pág. 13.

Atkinson L, Murray ME.

Proceso de Atención de Enfermería. 2a ed.

México: El Manual Moderno; 1983 Pág.7.

Carpenito LJ.

Manual de Diagnóstico de Enfermería.

Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

Luis MT.

Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial.

Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996. Pág.6.

Luis MT.

Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica.

Rol de Enfermería 1991 Pág. 14-62.

Atkinson L, Murray ME.

Proceso de Atención de Enfermería. 5a ed.

México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996 Pág.60.

Atkinson L, Murray ME.

Proceso de Atención de Enfermería. 2ªed.

México: McGraw-Hill, 1983 Pág.32.

Phaneuf M.

Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería.

Madrid: Interamericana; 1993 Pág. 135-139.

Robbins, Cotran, Kumar y Collins

Patología estructural y funcional. 6ª ed.

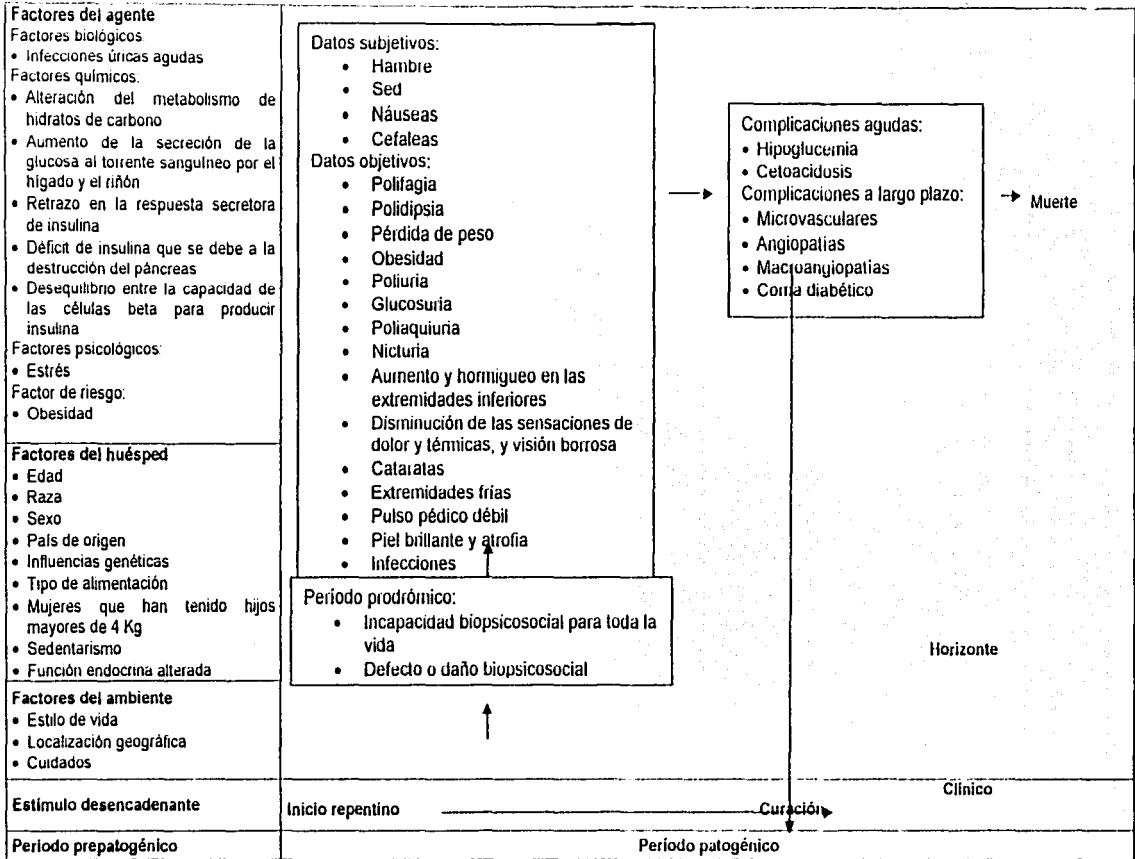
México: McGrall-Hill interamericana 2000 Pág. 951-961

Bruner y Suddarth

Enfermería Medico Quirúrgica Ed. 9ª

México: McGrall-Hill 2002 Pág. 1102-1159

ANEXOS



FUENTE: Robbins, Cotran, Kumar y Collins. Patología estructural y funcional. Ed. 6. México: McGraw-Hill interamericana 2000 pag. 951-961

COPIA DE LA BIBLIOTECA DE LA ESCUELA

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico			
Prevención primaria		Prevención secundaria			Prevención terciaria
Promoción a la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación acerca de la enfermedad, tipo de dieta, control y mantenimiento del peso y la importancia del ejercicio. • Prevención de factores de riesgo: obesidad, estrés, sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir lesiones • Nutrición adecuada • Ejercicio • Enseñanza sobre la importancia del Detección oportuna de diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Examen físico • Laboratorios: sangre y orina 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar insulina • Proporcionar una dieta adecuada • Control de la glucosa • Evitar lesiones • Cuidado personal e higiene de piel, pies, ojos, urinario y genital para prevenir lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar complicaciones mediante la ingesta de medicación correcta y completa 	<ul style="list-style-type: none"> • Control la glucosa • Medir periódicamente • Cuantificar signos vitales • Dieta de 1200 calorías

FUENTE: Bruner y Suddarth. Enfermería Medico Quirúrgica Ed. 9ª. México: McGraw-Hill 2002 Pág. 1102-1159