



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A PACIENTE DE LA TERCERA EDAD
CON ALTERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

ESPINAL GARCÍA MARIA DEL PILAR

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. ROCIO AMADOR AGUILAR

marzo

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

2004



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



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.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.	
II. JUSTIFICACIÓN.	3
III. OBJETIVOS.	5
3.1 Objetivo General.	5
3.2 Objetivos Específicos.	5
IV. MARCO TEÓRICO:	6
4.1 Conceptualización de la Enfermería.	6
4.2 Características de la Práctica de Enfermería.	7
4.3 Visión General del Proceso de Enfermería.	11
4.3.1 Objetivos.	12
4.3.2 Etapas.	13
▪ Valoración.	13
▪ Diagnóstico.	15
▪ Planificación.	17
▪ Ejecución.	19
▪ Evaluación.	19
4.4 El Enfoque de Virginia Henderson.	21
4.4.1 Conceptos Clave de este Modelo.	23
4.4.2 Necesidad Fundamental.	23
4.4.3 Independencia y Dependencia en la Satisfacción de las Necesidades Fundamentales.	25

4.4.4 Fuentes de Dificultad.	25
4.4.5 Foco de la Intervención de Enfermería.	26
4.5 Consideraciones Geriátricas.	26
4.6 Anatomía del Aparato Digestivo.	31
▪ Anatomía del Estómago.	32
▪ Fisiología del Estómago.	34
4.7 Gastritis.	35
▪ Gastritis Agudas.	35
▪ Gastritis Crónicas.	37
▪ Gastritis Crónica Atrófica.	39
4.8 Anemia.	43
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	46
5.1 Presentación del Caso.	46
5.2 Valoración de Enfermería.	51
5.3 Plan de Cuidados.	56
VI. CONCLUSIONES.	88
VII. SUGERENCIAS.	89
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	90
IX. GLOSARIO.	94
X. ANEXOS.	95

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermería hasta hace pocos años ha sido considerada como una profesión basada en la experiencia práctica apoyada en los conocimientos empíricos aprendidos de la repetición continua de las acciones. Esta concepción conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su acción a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas; por lo que fue necesario adoptar un método de Enfermería que ayude a precisar la naturaleza de los cuidados que proporcionan las Enfermeras.

La elaboración del presente Proceso de Enfermería requiere de un sustento teórico, el Modelo de Virginia Henderson que valora las 14 necesidades básicas del paciente. Se trata de una metodología de trabajo con base científica para el ejercicio de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería se aplicó a un paciente de la tercera edad con alteraciones digestivas internado en la Unidad de Cuidados Intermedios, siguiendo el modelo de Virginia Henderson. En este Proceso se abordan aspectos conceptuales de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería, y el modelo teórico de V. Henderson que propone de la valoración de las 14 necesidades básicas.

El trabajo esta integrado por los objetivos a alcanzar; se elabora un marco teórico para fundamentar el trabajo realizado que incluye: consideraciones geriátricas, anatomía del Aparato Digestivo y aspectos generales de la Gastritis; posteriormente se lleva a cabo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería desarrollando cada una de las etapas que lo integran.

En la etapa de valoración se realiza la recolección de datos a través del interrogatorio, la observación, el examen físico, consulta de resultados de laboratorio y la aplicación del instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas del paciente. Con el análisis de los datos obtenidos se formulan los Diagnósticos de Enfermería. En la etapa de planeación se establecen las prioridades de los problemas detectados y los objetivos a alcanzar, se elabora y documenta el Plan de Cuidados de Enfermería . En la ejecución es donde se llevó a la práctica el plan realizando las intervenciones de Enfermería para la resolución de problemas. Concluyendo con la evaluación de las acciones llevadas a cabo para el logro de los objetivos establecidos en el Plan de Cuidados. Finalmente se anotan las conclusiones y sugerencias derivadas de la aplicación del Proceso.

II. JUSTIFICACIÓN

Debido a los avances científicos y tecnológicos constantes la Enfermería enfrenta cambios trascendentes que han motivado a la Enfermera a la búsqueda de mejoras para el desarrollo de la profesión y al mismo tiempo ampliar la visión de la Enfermería a partir del estudio de los marcos conceptuales propios y de la puesta en práctica de modelos teóricos, como el de Virginia Henderson, a partir del cual se puedan estructurar las intervenciones desde el primer contacto con la persona hasta la finalización de la atención, abordando las 14 necesidades básicas del individuo y reconociéndolo como ser humano de manera integral.

El anciano constituye una parte importante de nuestra sociedad. El número de individuos de más de 60 años va en aumento constante y se considera que seguirá creciendo. A medida que aumentan las personas que viven más tiempo, el cuidado de la persona de la tercera edad se vuelve un área más compleja de la Enfermería.

Reconocer las necesidades de este grupo de edad y entender los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que experimentan son habilidades esenciales para las Enfermeras. Por lo que debemos de incorporar nuestros conocimientos sobre estos cambios a la hora de aplicar el Proceso de Enfermería al cuidado de los pacientes.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia durante su formación ha adquirido los conocimientos necesarios para brindar atención integral al cliente que la requiera. Por lo que la realización de este trabajo fortalece el proceso educativo y cubre el requisito para la titulación de la Licenciatura.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente de la tercera edad con alteraciones del aparato digestivo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios; basado en el modelo de Virginia Henderson.

3.2 Objetivos Específicos.

- Aplicar la metodología del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de un paciente de la tercera edad con alteraciones del aparato digestivo.
- Establecer acciones de Enfermería utilizando como herramienta el modelo teórico de Virginia Henderson.
- Lograr que el paciente se integre lo más rápido posible a sus actividades cotidianas.

IV. MARCO TEÓRICO

“cuidar... es comunicar la vida, pero se requiere que el personal que cuida pueda vivirla”

Cuidar significa compartir... compartir entre personas cuidadas y que cuidan. El arte de cuidar se sitúa antes de la enfermedad y mucho después de ella. Durante la historia de la humanidad los cuidados han estado y siguen orientados hacia la vida. Los cuidados no se desarrollaron alrededor de la enfermedad. Sin embargo, en todos los momentos del desarrollo de la vida, la enfermedad puede no ocurrir. Los cuidados se aplican a todo lo que estimula, despierta, mantiene las fuerzas de la vida. Tratar no puede reemplazar a cuidar, para que sean eficaces los tratamientos necesitan acompañarse de los cuidados.

La función principal de la Enfermera es la de cuidar, cuidados centrados en lo que ayuda a vivir, la función de cuidar requiere de un juicio y de una decisión profesionales propios. (COLLIERE, 1993).

4.1 Conceptualización de la Enfermería.

La Enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado integral a la salud de la persona sana o enferma con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida.

La Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

El **cuidado** se concibe como todas las acciones que realiza la Enfermera para que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.

La **persona**, sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual. La persona se considera única y particular con necesidades, capacidades y potencialidades propias, puntos de referencia para el cuidado de Enfermería.

El **entorno** comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, es decir cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida (físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos). La interacción entre la persona y el entorno condicionan su proceso de salud-enfermedad.

La **salud** es un valor y una experiencia vivida de cada persona por lo que varía de una cultura a otra.

4.2 Características de la práctica de Enfermería.

La práctica de la Enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos para, requiere de agudeza intelectual para elegir un

cuidado que responda a las necesidades de una persona, implica el dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, de habilidades técnicas y de actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

La práctica del profesional de la Enfermería se debe caracterizar por:

- El *qué* del cuidado y el *como* de la interacción persona-enfermera. El cuidado implica: la aplicación de conocimientos, la reflexión, la integración de creencias y de valores, el análisis crítico, el juicio clínico y la intuición.
- Reconocer la importancia de la persona, reconocer su verdadera esencia como ser humano.
- Reconocer las diferencias en las formas de ser y percibir que existen entre los individuos, las familias, los grupos y las comunidades.
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades de la persona. El afecto, la aceptación y la sensibilidad son esenciales para favorecer el desarrollo potencial de la persona y apreciar sus valores.
- Basar el cuidado en conocimientos específicos de enfermería y en los de otros campos disciplinarios y apoyarse en una visión humanística y holística del ser humano. Superar la idea de que la enfermedad es lo importante y no la persona.
- Orientar los cuidados hacia la promoción de la salud y el apoyo en la curación.

- Determinar las necesidades del cuidado de salud. El cuidado se centra en lo que es real y concreto para la persona que recibe los cuidados.
- Para cuidar la Enfermera necesita tiempo, tiene que ir más allá de las rutinas diarias.
- El método que posibilita el cuidado a la salud de la persona es el Proceso de Enfermería. La creación de un cuidado personalizado supone valorar de manera dinámica la información de la persona sobre su experiencia de salud y su entorno. Comprende el análisis de la información y elaboración conjunta de los objetivos de salud. La Enfermera formula un Diagnóstico de Enfermería. La planificación de las intervenciones están relacionadas con los objetivos. La ejecución implica llevar a cabo las intervenciones previstas a la vez que de acuerdo a los resultados que se vayan obteniendo se podrán modificar o cambiar los objetivos del cuidado.
- La Enfermera deberá evaluar constantemente sus intervenciones en función de los cambios manifestados por la persona, parte activa en todo proceso. (ENEO-UNAM, 2003)

La practica de los cuidados de Enfermería supone la adquisición de un gran número de conocimientos y habilidades, esenciales para poder suministrar cuidados de calidad. Algunos de ellos constituyen un conjunto

de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión que le confieren características peculiares.

Elementos de competencia:

1.- *Conocimiento de un marco o modelo conceptual de los cuidados de Enfermería.* El modelo conceptual debe permitirnos ejercer nuestra actividad de acuerdo con nuestra forma de ver al ser humano y en consonancia con el significado que damos a la presencia de la Enfermería junto a él durante las 24 horas del día. El modelo en que se fundamenta nuestro enfoque esta orientado a las necesidades humanas.

2.- *Los distintos conocimientos que debe poseer la Enfermera.*

- Conocimientos científicos. Conocimientos adquiridos por medio de métodos objetivos y rigurosos, que ayudan a conocer al ser humano y a su medio.

- Nociones y habilidades técnicas. Aplicación de estos conocimientos a los cuidados de Enfermería para ayudar a preservar la salud y combatir la enfermedad.

- Conocimientos éticos. Conocimiento de las reglas y principios que se refieren a los valores morales y que regulan la conducta de la Enfermera.

- Conocimientos legales. Conocimiento de las normas y directivas emanadas de la ley que sirven para proteger a la Enfermera y al cliente.

3.- *Aplicación del proceso científico a los cuidados de Enfermería.* Esto le permitirá realizar una planificación de los cuidados orientada a la calidad, a la individualización y a la continuidad. El proceso científico se trata de

un instrumento de investigación, de análisis, de interpretación, de planificación y de evaluación de los cuidados de Enfermería.

4.- *Capacidad de aplicar sus conocimientos a los distintos niveles de intervención.* La Enfermera debe enfocar su actividad como un todo en el que se integran los cuidados preventivos, los curativos y los de rehabilitación. Su rol se orienta a promover la salud, cuidar la enfermedad, mantener y acrecentar el estado de integridad de la persona, familia y comunidad.

5.- *Establecer una relación enfermera-cliente,* que sea cálida y adaptada a su condición con disponibilidad, voluntad de ayuda, y apertura al otro.

(PHANEUF, 1993.)

4.3 Visión General del Proceso de Enfermería

Básicamente, el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (ALFARO,

1995)

El Proceso de los Cuidados de Enfermería es un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados. Aplicando el marco conceptual de Virginia Henderson, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano bio-psico-social,

cultural y espiritual, y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.

4.3.1 Objetivos .

Cada vez más se utiliza el proceso científico en los cuidados de Enfermería. Esta forma sistemática de actuar permite evitar utilizar la intuición y el método de ensayo y error. Al poner a disposición del equipo de cuidados una planificación detallada, el Proceso proporciona grandes ventajas en el plano organizativo. También aporta continuidad al trabajo de la Enfermera. Además las preguntas que suscita sobre los problemas del cliente y las respuestas que exige lo convierten en un instrumento de racionalización de los cuidados. Finalmente, hace posible una coordinación eficaz entre las distintas intervenciones del equipo de cuidados, y facilita el establecimiento de prioridades en la aplicación de los cuidados.

Pero su mayor ventaja radica, en el hecho de que el Proceso se fundamenta en una serie de datos facilitados por el propio cliente o conseguidos en otras fuentes seguras. Estos datos permiten contemplar la situación y apreciar las necesidades reales de cada individuo, considerado como una persona diferente y única en si misma. El Proceso de Cuidados constituye un instrumento de individualización y

personalización de los cuidados. Y de este modo contribuye a su humanización.

Además, la aplicación del Proceso forma parte de las normas de competencia que rigen el ejercicio de Enfermería (PHANEUF, 1993).

4.3.2 Etapas.

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución y
- Evaluación

Durante las cuales la Enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades
- Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

- **Valoración.**

Consiste en reunir y examinar la información para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. (ALFARO, 1995).

La valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería en el que se recoge la información relativa al cliente y se examina en preparación para el segundo paso: el diagnóstico.

La recogida de datos es la fase inicial del Proceso de Cuidados. Consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del cliente, la recogida de datos se convierte en un proceso continuo que debe seguir a lo largo de la evolución del cliente. La Enfermera debe buscar datos significativos capaces de permitir la identificación de los problemas específicos del cliente, datos objetivos observados en la persona que cuida, y datos subjetivos facilitados por ella misma. Estos datos pueden contener informaciones pasadas y actuales, informaciones relativas al propio cliente, a su vida, sus hábitos, su entorno, y su medio ambiente. La fuente primaria o directa de información será siempre el propio cliente. Existen varias fuentes secundarias o indirectas, tales como: la historia clínica, la familia y el entorno del cliente, el intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud, libros, artículos y obras referidos al tema.

La Enfermera cuenta con tres medios principales para proceder a la recogida de datos:

1. La consulta de las fuentes secundarias de información.
2. La observación del cliente.
3. La entrevista (y la exploración física).

Sin embargo la observación es siempre el elemento base utilizado por la Enfermera.

La fórmula de recogida de datos utilizada en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson consiste en una enumeración de preguntas relativas a las catorce necesidades fundamentales. El objetivo es identificar los problemas que encuentra el cliente para satisfacer sus necesidades.

El análisis y la interpretación de los datos.

Dentro del marco del esquema conceptual de Virginia Henderson, este análisis se lleva a cabo por medio del examen de los datos y su clasificación en datos de independencia y datos de dependencia. Y la agrupación de los datos de acuerdo a cada una de las catorce necesidades.

Interpretar significa explicar el origen o la causa del problema de dependencia, y detectar los factores que contribuyen a ella, es decir, definir las fuentes de dificultad.

El análisis y la interpretación van a orientar la acción de la Enfermera.

(PHANEUF, 1993).

Los datos subjetivos (reunidos mediante el uso de la entrevista) y los datos objetivos (reunidos mediante el examen físico) se complementan mutuamente.

▪ **Diagnóstico.**

Una vez seleccionados los datos objetivos, la Enfermera puede llegar a deducir cual es el problema del cliente y a establecer un diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico tiene como propósito determinar las capacidades y los problemas de salud reales o potenciales. También determinará que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de Enfermería y que problemas requerirán actuaciones que deben ser prescritas por el médico u otro profesional de los cuidados de la salud.

(ALFARO, 1995).

El Diagnóstico de Enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente.

La primera etapa que hay que cubrir para establecer un diagnóstico de cuidados consiste en descubrir el problema de dependencia del cliente. La definición de este problema es la conclusión que saca la Enfermera a partir de los datos que revelan que hay una necesidad insatisfecha.

Desde 1973, la Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería se reúne en los Estados Unidos. Este importante grupo de Enfermeras ha conseguido dar al personal de cuidados un vocabulario más uniforme y más cómodo. (PHANEUF, 1993).

La lista de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una lista inicial de términos propuestos para problemas de salud sugeridos que pueden ser identificados y tratados por las Enfermeras.

Cada uno de los diagnósticos enumerados por la NANDA tiene tres componentes:

1. La etiqueta de la categoría (problema)
2. Las características definitorias (grupo de signos, síntomas y factores de riesgo que con frecuencia se ven en ese diagnóstico)
3. Las etiologías comunes del problema.

▪ **Planificación.**

La planificación es la tercera etapa del Proceso de Enfermería e implica las siguientes actividades: determinar prioridades, fijar objetivos / resultados del cliente, determinar acciones de Enfermería y anotar el Plan de Cuidados de Enfermería.

Trabajar con el paciente y familia para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud. (ALFARO, 1995).

La planificación de los cuidados es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado un diagnóstico de cuidados..

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. Esta planificación debe determinar en forma precisa los objetivos de los cuidados, y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

El Plan de Cuidados es el instrumento que orienta todas las actividades de la Enfermera. Es una fuente de información que facilita el seguimiento de los cuidados entre las distintas Enfermeras y equipos de trabajo y

establece una comunicación permanente entre Enfermeras, médicos u otros terapeutas.

El primer paso en la planificación de los cuidados esta constituida por los objetivos.

Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

Otro componente de la planificación de cuidados lo constituyen las intervenciones. La elección de las intervenciones permite a la Enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el cliente y para corregir su problema de dependencia. Constituyen las acciones que realiza para conseguir el bienestar del cliente o su mejoría. Engloban también las acciones que ella hace ejecutar al cliente "cuidado". A estas distintas acciones deben añadirse a si mismo intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y de enseñanza del cliente.

La Enfermera debe pensar en intervenciones originales que respondan verdaderamente a las necesidades específicas del cliente. Las intervenciones deben ser personalizadas, de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, su cultura, la gravedad de su problema de salud, etc. Cada ser humano es único en su forma de ser y reaccionar ante la enfermedad.

Para conseguir planificar intervenciones apropiadas, la Enfermera debe apoyarse en todos los conocimientos de las ciencias básicas en que se fundamentan las enseñanzas de Enfermería. (PHANEUF, 1993).

- **Ejecución.**

Es el momento de poner el plan en acción. Seguir recogiendo información para determinar como ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas. Anotar, registrar y comunicar ya que otras Enfermeras y profesionales de la salud necesitan conocer como evoluciona el paciente y como esta actuando el plan de cuidados. (ALFARO, 1995).

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades.

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el cliente. Es el momento para establecer una relación calurosa, lo que confiere a los cuidados un carácter humano, condición de calidad. (PHANEUF 1993).

- **Evaluación.**

Quinta etapa del Proceso de Enfermería, implica una nueva valoración completa de todo el Plan de Cuidados de Enfermería para decidir si el plan de cuidados ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el

mismo. Si el cliente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, se ha logrado el propósito final de los cuidados e Enfermería, dar por terminado el plan de cuidados y responsabilizar a la persona el pleno control sobre su propia salud. (ALFARO, 1995).

La evaluación de los cuidados consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la Enfermera en relación con los resultados obtenidos o los cambios observados y la satisfacción del propio cliente. La evaluación es una condición absoluta de la calidad de los cuidados, constituye un elemento esencial del trabajo de la Enfermera.

En la evaluación de los cuidados hay que considerar la satisfacción del cliente. Se trata de un aspecto importante al que, sin embargo, hay que hacer una reserva. En efecto, el enfermo no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y, a veces, por ignorancia, puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres. También puede darse el caso contrario: puede sentirse insatisfecho de determinadas intervenciones, a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de Enfermería. A pesar de todo, es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él.

La evaluación se lleva a cabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de Enfermería (PHANEUF, 1993).

Por todo lo anterior, consideramos que el uso del Proceso de Enfermería:

- * Ayuda a las Enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.

- * Guía a las Enfermeras para realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos del paciente, objetivos realistas e intervenciones individualizadas.

- * Estimula la identificación y utilización de las capacidades del paciente.

- * La anotación del Plan de Cuidados realza la comunicación y la continuidad de los cuidados, disminuyendo de este modo las omisiones y duplicaciones en los cuidados del paciente.

- * El Proceso de Enfermería tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas como los efectos de estos sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado. Este enfoque asegura que se cubren las necesidades únicas y ayuda a la Enfermera a adaptar las intervenciones al individuo y familia en vez de hacerlo a la enfermedad.

(ALFARO, 1995).

4.4 El Enfoque de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. En 1918 ingreso en la Army School of Nursing de Washington, se graduó en 1921. En 1922 empezó a enseñar Enfermería. En 1927 con especialización en docencia de Enfermería trabajo como supervisora docente. De 1930 a

1948 impartió cursos sobre el proceso analítico en Enfermería y práctica clínica. Disfruto de una larga carrera como autora e investigadora.

Henderson publicó por primera vez su definición de Enfermería en la revisión de 1955 de Los Principios y Práctica de Enfermería. Su folleto Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960. su libro La Naturaleza de la Enfermería se publicó en 1966 y describía su concepto de función original y primordial de la Enfermería. Edito la sexta edición de Los Principios y Práctica de Enfermería, publicada en 1978, este libro de texto ha sido utilizado ampliamente en diversas escuelas de Enfermería.

Los logros y la influencia de Henderson en la profesión Enfermera le han supuesto más de siete doctorados honorarios.

El modelo conceptual de cuidados de Enfermería de Virginia Henderson nos ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería. Virginia Henderson se muestra muy sensible hacia las dimensiones psicológica, sociológica, cultural y espiritual del ser humano. Tiende a considerar la realidad tal como es, en toda su complejidad.

Es necesario contemplar desde el mismo plano las necesidades fundamentales y las fuentes de dificultad. Si se acepta que existe una dimensión psicológica, sociológica, cultural y espiritual que es necesario atender para satisfacer las necesidades de la persona, es lógico pensar que dentro de la persona misma, en su ambiente y en su entorno existen elementos que facilitan o dificultan la satisfacción de estas necesidades.

Cuando estos elementos son negativos, constituyen las fuentes de dificultad.

4.4.1 Conceptos clave de este modelo.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería. *El individuo*, sano o enfermo, es considerado como un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La *finalidad de los cuidados*, consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El *rol de la Enfermera* consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que el no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol por lo tanto es de suplencia.

4.4.2 Necesidad Fundamental.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental *es una necesidad vital esencial* que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson identifica catorce necesidades básicas del paciente, que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería, que son las siguientes:

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura.
5. Dormir y reposar.
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse por su propia realización.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano: biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio.

4.4.3 Independencia y Dependencia en la Satisfacción de las Necesidades Fundamentales.

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza es independiente.

Si, por causa de otras dificultades, es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

4.4.4 Fuentes de dificultad.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad a causa de la dependencia. Estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud. Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por

factores de orden: físico, psicológico, sociológico, espiritual o ligados a una insuficiencia de conocimientos.

4.4.5 Foco de la Intervención de Enfermería.

La intervención de Enfermería debe centrarse directamente sobre la causa o fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella. Actuar directamente sobre la causa o fuente de dificultad, no siempre es posible por la irreversibilidad de ciertas dificultades, por ejemplo un déficit visual o intelectual o la imposibilidad de solucionar problemas socioeconómicos. En estas situaciones la cuidadora no puede actuar más que en el problema de dependencia.

(PHANEUF 1993).

4.5 Consideraciones Geriátricas.

La persona de la tercera edad es propensa a problemas de salud debido a los siguientes cambios asociados con el envejecimiento:

- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones.
- Disminución de la fuerza muscular y debilidad generalizada.
- Potencial cada vez mayor de enfermedades crónicas.
- Aislamiento psicosocial.
- Limitación de ingreso y de la capacidad de ganar dinero.

♦ Puede informar de una gran variedad de problemas relacionados con:

✓ Nutrición y metabolismo.

-Disminución del apetito por traumatismo enfermedad y el impacto de la hospitalización.

-Cuando este estable, es probable que prefiera un patrón dietético habitual de pequeñas ingestas frecuentes.

-Del uso de dentadura postiza o problemas dentarios.

✓ Eliminación.

-Estreñimiento.

-Incontinencia urinaria o retención relacionada con hipertrofia prostática, inmovilidad o cambios del entorno.

✓ Actividad y ejercicio.

-Entumecimiento por el reposo en cama y disminución de la actividad.

-Miedo a las caídas a causa de la debilidad generalizada.

✓ Reposo y sueño.

-Ciclos de sueños más cortos y que se despierta pronto por la mañana.

✓ Cognición y percepción.

-Dificultad para recordar o comprender los sucesos que condujeron a su hospitalización.

-Malestar por el obligado confinamiento hospitalario.

-Déficit visuales o sensoriales.

✓ Auto imagen y auto concepto.

-Falta de auto confianza para mantener las actividades independientes.

-Sensación de desespero debido a su incapacidad para el auto cuidado

✓ Rol y relaciones.

-Sufrir aislamiento en su entorno.

-Temor a ser una persona inútil y a convertirse en una carga con el aumento de necesidades de cuidado.

✓ Adaptación y tolerancia al estrés.

-Evidenciar duelo anticipado por la pérdida de interdependencia personal causada por la naturaleza crónica de la enfermedad.

-Volverse dependiente y perder interés en la vida debido a la desesperanza causada por la enfermedad.

✓ Valores

-Lamentar la pérdida de practicas religiosas, como la asistencia a la iglesia.

-Enfadarse con Dios y dirigir su cólera hacia otros o hacia si mismo, reflejando depresión.

-No ver significado u objetivo a su existencia.

◆ Diferencias fisiológicas asociadas con el envejecimiento.

▪ Gastrointestinales

Descenso de la secreción de saliva y ptialina. Descenso de la función nerviosa esofágica. Descenso de la motilidad gástrica e intestinal.

Disminución del ácido clorhídrico. Disminución del vaciado gástrico.

Disminución de la absorción de grasa y calcio.

- Cardiovasculares

Aumento de la presión sistólica. Aumento de la frecuencia del pulso. Hipotensión ortostática. Insuficiencia arterial. Estenosamiento de los vasos. Disminución del flujo sanguíneo a los órganos. Engrosamiento de las paredes capilares.

- Neurológicos.

Disminución del sentido del tacto, olfato, vista, oído, gusto. Disminución de los reflejos tendinosos profundos. Reducción del tiempo de conducción nerviosa. Respuestas generalmente retardadas. Reducción de la velocidad de los movimientos motores finos. Alteración en el patrón de sueño (periodos de sueño de 3 o 4 horas).

- Integumentarios.

Aumento de las arrugas. Pérdida de la turgencia (elasticidad cutánea). Adelgazamiento de la piel (por reducción de la grasa subcutánea). Reducción de la función de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Sequedad de la piel. Cambios de grosor de las uñas. Áreas de piel de aspecto verrugoso y color marrón o negro (queratosis seborrética).

- Músculo esquelético.

Descenso de la masa ósea, posible osteoporosis. Reducción de la altura. Postura encorvada. Calcificación de los cartílagos y ligamentos. Disminución del tono y fuerza musculares. Cambios en la marcha. Disminución de la amplitud de movimientos (puede ser debida a depósito de calcio alrededor de las articulaciones).

- Respiratorios.

Disminución de la adaptabilidad (elasticidad) del tejido pulmonar. Calcificación de los cartílagos vertebrales, con reducción de la movilidad de las costillas y de la expansión torácica. Disminución de la capacidad vital. Disminución de la eficiencia de la tos.

- Genitourinarios.

En los hombres, agrandamiento de la próstata.

Reducción del número de nefronas renales. Reducción de la capacidad de concentración de la orina. nicturia creciente. En la mujer reducción de la lubricación vaginal.

- Endocrinos.

Tiroideos: aumento de la nodularidad. Paratiroides: disminución de la producción hormonal. Páncreas: disminución de la producción de insulina. Suprarrenales: descenso de los niveles de aldosterona y cetosteroides.

- Oculares.

Disminución de la permeabilidad de la luz del cristalino y cornea (cataratas). Reducción de la rapidez de adaptación a la oscuridad. Descenso de la acomodación. Aumento de astigmatismo. Menor eficiencia de la absorción de líquido intraocular (puede llevar al glaucoma). Depósito blanco de lípidos en el borde del iris (arco senil). Sequedad de las conjuntivas. Aumento del nistagmo o mirada lateral.

- Auditivos.

Perdida de los tonos puros. Perdida de los tonos de alta frecuencia. Cerumen impactado.

- Nasales.

Aumento del grosor de los pelos nasales.

- Boca y garganta.

Disminución de la saliva. Aumento de la sequedad. Pérdida dentaria. Retracción gingival. Atrofia de las papilas gustativas. Enlentecimiento del reflejo nauseoso. (ALLOWAY, 1990).

4.6 Anatomía del Aparato Digestivo.

Los órganos principales del aparato digestivo forman un tubo que se extiende a todo lo largo de las cavidades ventrales del cuerpo. Está abierto en ambos extremos. Este tubo suele llamarse aparato gastrointestinal. Está formado por los siguientes órganos: boca, faringe, esófago, estómago, intestino, recto y ano. Hay varios órganos accesorios situados en los digestivos principales o que desembocan en los mismos; son glándulas salivales, dientes, hígado, vesícula biliar. Páncreas y apéndice cecal.

Los órganos del aparato digestivo efectúan en conjunto una función vital: la de preparar los alimentos para la absorción y para uso por los millones de células de la economía. La mayor parte de los alimentos en la forma en que se ingieren no pueden llegar a las células, en consecuencia deben modificarse en composición química y estado físico, este fenómeno se llama digestión, y es la función del aparato digestivo. (DAVIS, 1987).

Para fines de este trabajo nos enfocaremos específicamente al estómago que es la parte del Aparato Digestivo de interés para complementar este Proceso de Enfermería.

▪ Anatomía del Estómago.

Inmediatamente por debajo del diafragma, el aparato alimentario se dilata en una estructura alargada semejante al saco, el estómago cuyo volumen varía según diversos factores, especialmente sexo y magnitud de la distensión. El estómago en la mujer suele ser más delgado y menor que el del varón. Cierta tiempo después de un alimento, el estómago esta aumentado de volumen por distensión de las paredes, pero al expulsar los alimentos las paredes experimentan colapso parcial y el órgano adopta el tamaño de una salchicha grande.

El estómago esta situado en la porción superior de la cavidad abdominal, debajo de hígado y del diafragma y se encuentra entre esófago y duodeno (DAVIS, 1997).

Funcionalmente el estómago se divide en varias regiones sin límites precisos: cardias, fondo, cuerpo y antro. El fondo es la cúpula del estómago, colocada hacia la izquierda y por arriba de la unión esófago gástrica. Existe una angulación entre la línea media del cuerpo, proximal a unos 5 ó 6 cm. del píloro, en la curvatura menor, que se llama incisura angular. El área entre el fondo y una línea trazada desde la incisura angular hasta la curvatura mayor es el cuerpo de estómago. El área distal

a dicha línea, y proximal al píloro es el antro gástrico. El píloro se puede palpar como un anillo grueso de músculo. El fondo del estómago secreta jugo péptico ácido y el antro secreta un moco grueso, viscoso y relativamente alcalino, y la hormona gastrina. Existen dos uniones, la unión esófago gástrica, llamada cardias y la unión gastro duodenal, el píloro. El borde superior del estomago entre cardias y píloro es la curvatura menor (12 a 14 cm.). El borde inferior y lateral convexo del estómago es la curvatura mayor (36 a 56 cm.). El riego sanguíneo del estómago es particularmente rico. Seis vasos proporcionan el riego sanguíneo principal: las arterias coronaria estomáquica y gástrica derecha o pilórica riegan el área de la curvatura menor, las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda riegan la curvatura mayor, la arteria esplénica riega el área del fondo a través de las arterias gástricas cortas, y la arteria gastroduodenal envía ramas hacia el área del píloro. La inervación parasimpática se deriva de los nervios vagos, que estimulan la motilidad de este órgano y la secreción de ácido, pepsina y gastrina. El nervio vago izquierdo o anterior envía ramificaciones hacia la zona del píloro y pared anterior del estómago. El nervio vago posterior, la pared posterior del estómago. (SABISTON, 1974). Sus paredes tienen un espesor de 1.5 cm. y están integradas por cuatro capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa. La mucosa tiene un color rosado característico con superficie lisa y brillante y esta surcada por pliegues más o menos acentuados en relación al estado de contracción o relajación de la muscularis mucosae. En la mucosa se encuentran las glándulas encargadas de la secreción del

jugo gástrico. (JIMÉNEZ, 1986). La submucosa contiene principalmente la red vascular, es una capa de tejido conectivo que ofrece una redcilla laxa para el paso de las arterias, las venas y los nervios. (TADATAKA, 2000). Se calcula que el estomago esta irrigado por unos 25 litros de sangre por hora. La muscular esta formada por 2 ó 3 capas de fibras musculares lisas de disposición circular, longitudinal y oblicua, encargadas de regir la función motora gástrica. La serosa cubre Integramente el estómago continuándose a nivel de sus curvaturas para originar los epiplones. (JIMÉNEZ, 1986)

▪ Fisiología del estómago.

La producción normal de ácido gástrico como respuesta a las comidas es un mecanismo regulador de la estimulación y el freno de la secreción gástrica. La comida deglutida entra en estómago se mezcla con jugo gástrico y adopta una forma más líquida. El quimo viscoso y pulposo solo se somete a digestión ligera en el estómago, pasa hacia duodeno en el que se mezcla con bilis y jugo pancreático iniciando la digestión y absorción principales. La principal función del estómago y duodeno proximal es alterar la forma de los alimentos y proporcionar enzimas para su digestión. (SABISTON, 1974).

4.7 Gastritis.

Con el nombre de gastritis se designan los procesos inflamatorios de la mucosa gástrica. El término ha sido utilizado para designar un conjunto de síntomas, a veces poco claros, que se ha visto, pueden corresponder a procesos diferentes. (JIMÉNEZ, 1986).

Desde el punto de vista endoscópico, la gastritis se define por la presencia de hemorragias, eritema y erosiones de la mucosa gástrica. La erosión a diferencia de la úlcera, equivale a una interrupción de la continuidad de la mucosa menor de 5 mm de diámetro que no atraviesa la capa muscular de la mesina. (TADATAKA, 2000).

La gastritis se trata de un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa o a las glándulas del estómago. Tiene un carácter multifocal y pueden ser agudas o crónicas. (www.lafacu)

▪ Gastritis agudas.

Situaciones de agresión de la mucosa, de diferente intensidad y origen, que generalmente actúan en forma brusca y transitoria. Hay diferentes etiologías: irritantes químicos (salicilatos, alcohol, amoníaco, detergentes), agentes corrosivos (cáusticos, ácidos), infecciones alimenticias, agentes tóxicos, enfermedades infecciosas o sistémicas, las alérgicas y las de estrés.

Como resultado de la agresión se producirá una gastritis aguda simple que puede llegar a formar erosiones hemorrágicas, pero pueden producir también formas supurativas e incluso flemonosas.

Cuadro clínico.

Sensibilidad en el epigastrio, que puede llegar a dolor intenso. Malestar general. Palidez. Sudoración. Náuseas y vómitos de repetición, que pueden ser hemáticos.

Este cuadro permanece unas horas y después va cediendo, sin que dure más de un par de días.

Diagnóstico.

La endoscopia es el mejor procedimiento para el diagnóstico de gastritis aguda. La mucosa aparece difusamente enrojecida, cubierta de moco, con los pliegues engrosados, con puntos de color rojo intenso, aparecen erosiones diseminadas o zonas ulceradas, por las que se pierde sangre.

Tratamiento.

Las gastritis agudas suelen tener una evolución muy rápida por la gran capacidad de regeneración de la mucosa.. Es necesaria la supresión de salicilatos, alcohol e irritantes. Antieméticos. Anti ácidos. Protectores de mucosa. Dieta blanda.

Si hay hemorragia por lesiones agudas de la mucosa gástrica se darán Cimetidina o Ranitidina. Y sangre si es necesario. Estas medidas no suelen ser necesarias más de 2 o 3 días.

Si la gastritis aguda es infecciosa se dará antibiótico.

- **Gastritis crónicas.**

Son las que corresponden a procesos inflamatorios crónicos de la mucosa. No esta claro como se produce una gastritis crónica: agresiones permanentes o repetidas de la mucosa, infecciones crónicas, trastornos circulatorios, situaciones estresantes continuadas, regurgitación duodenal, factores alérgicos, etc. Las gastritis crónicas llevan consigo un deterioro de la mucosa gástrica de diferente intensidad. La acidez del jugo gástrico estará más disminuida cuanto mayor sea el detrimento de la capa glandular, de forma que en la gastritis atrófica no habrá secreción ácida por el deterioro total de las glándulas capacitadas para la secreción ácida. La afección crónica puede considerarse en función de su gravedad como superficial, atrófica, o atrófica con metaplasia intestinal. En la gastritis crónica superficial se afecta solo el tercio más superficial de la mucosa sin afectación de la estructura glandular. La gastritis crónica atrófica se caracteriza por la atrofia de la mucosa con pérdida de elementos glandulares. Los cambios en la mucosa pueden ser difusos o focales. Las gastritis atróficas llevan consigo funcionalmente la disminución de la

secreción ácida y de pepsina, alcanzando la aquilia en los casos avanzados.

Diagnóstico.

Las gastritis crónicas no producen síntomas aunque pueden aparecer trastornos dispépticos, digestiones lentas o tendencia diarreica. Pueden aparecer fácilmente hemorragias ante cualquier agresión.

Mediante la endoscopia se puede hacer el diagnóstico con mayor probabilidad. La mucosa con gastritis atrófica aparece como lisa, adelgazada, mostrando vasos submucosos por transparencia y con áreas blanquecinas que destacan entre otras más enrojecidas.

Tratamiento.

Es difícil establecer criterios de tratamiento en una enfermedad que no tiene una causa específica y que la mayoría de las veces es asintomática.

La terapéutica será puramente sintomática: evitar irritantes alimenticios, químicos, térmicos, etc..

Antiácidos. Hierro y vitamina B. tranquilizantes.

Una vez diagnosticada la gastritis crónica atrófica debe vigilarse periódicamente su evolución por su tendencia a degenerar, sobre todo en presencia de alguna otra lesión coexistente. (JIMÉNEZ, 1986).

▪ Gastritis Crónica Atrófica.

Es una inflamación caracterizada por lesiones destructivas de las células epiteliales y una destrucción progresiva de las glándulas secretoras del estómago, con lo que el cuadro final es una atrofia gástrica: epitelio sin pliegues, con una delgada capa que permite ver los vasos por transparencia. (www.lafacu)

Datos observados.

Su distribución se observa en el cuerpo gástrico, puede ser de causa genética o por auto inmunidad, la secreción ácido gástrica esta baja o ausente, aparece anemia perniciosa tardía, es probable que aparezca cáncer gástrico. (TADATAKA, 2000)

Anatomía patológica.

Infiltrado inflamatorio que afecta a toda la profundidad de la lámina propia del estómago, cambios degenerativos en las células epiteliales y glándulas, y destrucción progresiva de las glándulas secretoras gástricas. El cuadro final es una atrofia de la mucosa gástrica, que pierde los pliegues y deja ver los vasos de la submucosa. (www.lafacu)

La pérdida de células parietales ocasiona hipoclorhidria profunda; en este caso las células G antrales descargan grandes cantidades de gastrina, que producen aumento en el número de células endocrinas y pueden

producir nódulos de células endocrinas hiperplásicas en las glándulas gástricas y a su alrededor.

Clinica.

En general la gastritis atrófica es asintomática. En el examen endoscópico las arrugas son poco notables, y se ven claramente los vasos de la submucosa bajo la mucosa adelgazada. (TADATAKA 2000)

Cuadro dispéptico (más o menos grave), dolor epigástrico no constante, generalmente posprandial.

Diagnóstico.

La sospecha de gastritis atrófica se puede confirmar por endoscopia (en la que se observará una mucosa adelgazada, con un aumento de la vascularización submucosa) y biopsia, en la que se comprobará la desaparición de las células parietales y principales, con áreas de metaplasia intestinal. (www.inmedsuc)

1. Endoscopia: muestra una mucosa de aspecto sarampionoso. Cuando evoluciona la enfermedad se produce una atrofia total, con color pálido y transparencia de la mucosa.

Endoscopia en la parte alta del tubo digestivo.

Esta indicada con fines diagnósticos cuando existe malestar de la parte alta del abdomen, acompañado de pérdida de peso o anorexia,

hemorragia de la parte alta del tubo digestivo o para obtener un diagnóstico histológico para la úlcera gástrica o esofágica.

2. Biopsia: para el diagnóstico definitivo es necesaria; se observan lesiones características y la metaplasia intestinal. Se deben tomar muestras de antro y cuerpo. (www.lefacu)

Evolución.

Es un proceso crónico, donde es difícil hacer regresar las lesiones, pero la mucosa no volverá a ser normal. La evolución es de años.

Complicaciones.

Neoplasia gástrica.

Úlceras gástricas.

Tratamiento.

1. Eliminación de factores agresivos: AINE, alcohol...
2. Tratamiento sintomático: alcalinos, protectores de mucosa, anti secretores (poco eficaces)

En los ancianos es necesario distinguir entre los procesos fisiológicos relacionados con la edad y los problemas resultantes de la enfermedad. Un error frecuente es atribuir una constelación de síntomas y signos al proceso del envejecimiento. La gastritis atrófica y sus consecuencias son fenómenos raros en personas jóvenes. Con el envejecimiento ocurren

cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos y pueden ocurrir más efectos adversos de los fármacos.

El dolor abdominal agudo de algunos trastornos tiende a aplacarse con el envejecimiento, lo que puede llevar a pensar que no existe un problema grave. En los ancianos son preponderantes los trastornos de la deglución y de la ingestión de alimentos a consecuencia de anorexia, olvidos frecuentes, depresión, incapacidad física para preparar los alimentos o comer, problemas dentales. Los músculos de la boca y la faringe pueden estar débiles, lo que alterará la masticación. El número y sensibilidad de las papilas gustativas disminuye, los trastornos del gusto suelen ser efecto de medicaciones, higiene bucal inadecuada o problemas con la dentadura.

La hipoclorhidria, causada por gastritis atrófica crónica, es un trastorno propio de los ancianos. Se desarrollan pólipos gástricos en caso de gastritis atrófica, pero la aparición de cáncer gástrico a largo plazo se multiplica solo tres a cuatro veces. La hipoclorhidria puede producir a su vez, mala absorción de hierro, calcio y vitamina B12.

La deficiencia de hierro es resultado de hemorragia gastrointestinal, las manifestaciones clínicas se originan en la anemia resultante y consisten en debilidad, aturdimiento, disminución de la tolerancia al ejercicio y taquicardia. (TADATAKA, 2000)

4.8 Anemia

La anemia no es una enfermedad, sino un diagnóstico de laboratorio, que comprende una constelación de síntomas fisiológicos. Estos síntomas son el resultado de un número inadecuado de glóbulos rojos que circulan o de una disminución del nivel de hemoglobina. La función principal de los glóbulos rojos es transportar oxígeno de los pulmones a los tejidos; la anemia reduce la capacidad transportadora de oxígeno de los glóbulos rojos y produce signos y síntomas de hipoxia tisular.

La anemia se encuentra como una complicación de enfermedad, hemorragia o por deficiencias dietéticas.

Etiología y factores desencadenantes.

- Hemorragias agudas o crónicas.
- Disminución de la producción de glóbulos rojos, causada por deficiencias dietéticas de hierro, ácido fólico, o vitamina B12.
- Medula ósea lesionada (anemia aplásica)
- Síntesis defectuosa de la hemoglobina.
- Incremento de la destrucción de los glóbulos rojos (anemia hemolítica)

No todos los signos y síntomas siguientes están presentes, ya que, los síntomas informados por los pacientes varían ampliamente, también varían según la gravedad de la anemia. Los pacientes con una ligera

anemia (hemoglobina mayor de 10 gramos) generalmente son asintomático al ejercicio. Los pacientes con anemia moderada (hemoglobina de 6 a 10 gramos) están crónicamente cansados y sintomáticos al ejercicio. Los pacientes con anemia grave (hemoglobina menor de 6 gramos) están agotados, tienen frío y están sintomáticos incluso en el descanso.

Mantenimiento de la salud.

Habitualmente informan fatiga, cefaleas, vértigos, irritabilidad o sensación de frío. Pueden relatar historias de hemorragia debida a úlceras o hemorroides.

Actividad y ejercicio.

Muestra fatiga, disminución de la tolerancia a la actividad, debilidad, falta de respiración, palpitaciones o claudicación.

Cognición y percepción.

Puede tener vértigos, cefaleas, insensibilidad u hormiguelo de los dedos de las manos y de los pies.

Nutrición y metabolismo.

Puede haber pérdida de peso, anorexia, náuseas, indigestión, prurito, inflamación de boca, esófago o lengua (todas estas poco frecuentes)

Eliminación.

Pueden presentarse heces con alquitrán, constipación, diarrea o flatulencia (todos poco frecuente). Puede haber orina oscura y brumosa (poco frecuente). Puede comentar una pérdida importante de sangre en las excreciones (poco frecuente).

Sexualidad y reproducción.

Puede manifestar pérdida de libido, menstruación irregular o amenorrea (si es mujer) o impotencia (si es varón).

Hallazgos físicos.

Taquicardia.

Disnea al ejercicio.

Diaforesis. Retraso en la curación de heridas.

Estudios diagnósticos.

El nivel de hemoglobina puede estar disminuido en las anemias por déficit de hierro, perniciosas, hemolíticas y hemorrágicas.

El nivel de hematocrito puede estar bajo.

El recuento hematológico puede estar por debajo de lo normal. (HALLOWAY,

1990)

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del caso.

L. V. S., Masculino de sesenta años de edad, soltero, analfabeta, desempleado, procede del Manicomio General "La Castañeda", residiendo actualmente en el Hospital Psiquiátrico para enfermos crónicos desde hace treinta años con el diagnóstico médico psiquiátrico de Retraso Mental Leve.

Antecedentes heredo-familiares.

No se cuenta con información al respecto.

Antecedentes personales no patológicos.

Habita en una Unidad de Atención Médica Psiquiátrica abierta, el paciente puede entrar y salir a los patios y jardines en el momento que lo desee, esta unidad es una construcción amplia dividida en secciones o cubículos (L.V.S comparte un cubículo con otros cinco compañeros), cuenta con todos los servicios, las condiciones de higiene y ventilación son aceptables; su higiene personal es buena, acostumbra el baño y cambio de ropa diarios. Su alimentación es suficiente y variada en proteínas, lípidos y carbohidratos; alcoholismo y tabaquismo negativos aunque convive con compañeros que fuman; no convive con animales; realiza ejercicio ligero en áreas verdes y canchas y acude al taller de terapia

recreativa y ocupacional diariamente; regularmente acude los domingos a misa al pueblo cercano con autorización médica. Alérgicos negados. Inmunizaciones : se ignoran. Transfusionales: en dos ocasiones, sin complicaciones.

Antecedentes personales patológicos.

Se desconoce si ha padecido las enfermedades propias de la infancia. Presenta retraso mental leve . En el transcurso del año 2002 se le diagnosticó Esofagitis y Gastritis medicamentosa para lo cual se le dio tratamiento médico. Antecedentes Quirúrgicos: negados.

Padecimiento actual.

Inicia el 3 de enero en que se observa que el paciente toma sus alimentos en forma lenta y pausada y que en ocasiones no asiste al comedor. Se le realiza una Biometría Hemática en la que se reporta hemoglobina de 7.9 mg/dl. Y hematocrito 25 %. Dos semanas después, el 13 de enero, presenta hipotensión arterial de 90/60 mmHg, palidez generalizada y refiere dolor abdominal, además de una evacuación con sangre fresca. Se realiza Biometría Hemática dando resultados de hemoglobina 4.7 mg/dl. y hematocrito 15 %, se solicita Interconsulta en hospital de segundo nivel para su valoración y transfusión sanguínea. Permanece hospitalizado en la unidad de segundo nivel en el servicio de Medicina Interna durante diez días, del 15 al 24 de enero, en donde se le da tratamiento medico incluyendo la administración de dos paquetes globulares, y le realizan

endoscopia el 20 de enero para determinar la causa del sangrado. El estudio endoscópico reporta Gastritis Atrófica de predominio antral. Durante su estancia en este servicio en sus evacuaciones no se observaron datos de melena. Al regresar de su traslado, el 25 de enero, ingresa a la Unidad de Cuidados Intermedios para su atención hasta que mejore su hemoglobina y hematocrito, se toma nuevamente Biometría Hemática el 27 de enero reportando hemoglobina de 9.7 mg/dl. y hematocrito 31 %.

Exploración física: 4 de febrero de 2004.

TA: 90/60 mmHg FC: 76x´ FR: 16x´ T: 36.0°C

Paciente masculino; cursando la sexta década de la vida; talla baja; delgado, postura libremente escogida en su cama; movimientos coordinados; limpio, aliñado, porta ropa del hospital; Integro; consciente, alerta, tranquilo; orientado en persona y lugar, no en tiempo; atento a lo que se le pregunta, con un lenguaje lento, de tono bajo no muy claro, coherente, congruente; con fascies de dolor; palidez de tegumentos; piel fría y sin lesiones visibles, cráneo normocéfalo, pelo cano, grueso y lacio bien implantado para su edad y sexo, distribuido uniformemente, Conjuntivas pálidas; párpados ligeramente caídos, reflejo de parpadeo; pupilas isocóricas,, e hiporreflexicas agudeza visual disminuida; conductos auditivos limpios, agudeza auditiva disminuida, solicita le repitan las palabras, nariz simétrica, narinas permeables; cavidad oral con mucosa pálida, semihidratada, sin lesiones, adoncia parcial, dientes

amarillentos con caries de diversos grados y tartaro dentario, encías inflamadas, lengua normal, reflejo de deglución presente. Cuello corto, con traquea movable, sin tumoraciones ni ganglios submaxilares indurados, pulso carotídeo sincrónico con el radial. Tórax normolíneo, respiraciones rítmicas de mediana profundidad, sin estertores agregados, ruidos cardiacos normales. Abdomen semigloboso por panículo adiposo, no presenta distensión ni lesiones, sensible a la palpación superficial, y dolor en región epigástrica y en hipocondrio izquierdo, peristaltismo presente normal., ruidos intestinales audibles, no hay presencia de náuseas, vómitos o diarrea. Extremidades superiores simétricas, frías y pálidas sin presencia de edema, con pulso radial palpable, arcos de movilidad ligeramente disminuidos. Miembros inferiores, simétricos, con fuerza y tono muscular disminuida, arcos de movilidad lentos, con pulsos pedios presentes, reflejos osteotendinosos presentes disminuidos. Marcha lenta.

Diagnósticos médicos:

_Gastritis atrófica

_Anemia moderada.

Indicaciones médicas.

1. Omeprazol, cápsulas de 20 mg por vía oral 1 por la mañana, por tres semanas.

2. Gel de Aluminio y Magnesio, 10 ml vía oral cada 8 horas, por un mes.
3. Misoprostol, tabletas de 200mg. por vía oral, una cada 8 horas, por dos meses
4. Effortil solución, 15 gotas por vía oral cada 8 horas ó PRN
5. Ácido Fólico, 0.4 mg por vía oral cada 8 horas, durante 30 días
6. Complan polvo, dos cucharadas cada 12 horas, con leche
7. Hierro Dextrán, una ampolleta por vía intramuscular cada tercer día.
8. Dieta hipercalórica y blanda.

5.2 Valoración de Enfermería.

Se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas para facilitar la identificación de las capacidades del paciente y sus problemas de salud reales o potenciales.

Se obtienen datos del estado de salud del paciente, identificando capacidades y limitaciones, utilizando un instrumento de valoración siguiendo el orden que sugiere Virginia Henderson para organizar los datos por necesidades humanas básicas para identificar los problemas.

Ficha de identificación.

Nombre: L.V.S.

Estado civil: soltero

Edad: 60 años

Procedencia: México D.F.

Sexo: masculino

Escolaridad: analfabeta

Peso: 35 kilogramos

Religión: Católica.

Talla: 1.40 Metros

Fecha: 4 de febrero de 2004.

Respiración.

No tiene problemas para respirar, tose en forma esporádica siendo la tos seca, sin dolor. No fuma pero convive en su unidad de origen con compañeros que tienen el hábito de fumar. La unidad esta bien ventilada y a L. le gusta practicar deporte al aire libre. Su frecuencia respiratoria se

encuentra en el rango entre 15 y 20 por minuto, hay palidez en lechos ungueales pero no requiere apoyo con oxígeno complementario.

Alimentación.

Para alimentarse regularmente acude al comedor general de pacientes al que llega desde su unidad atravesando los patios, pero su estado de salud en este momento le impide trasladarse por lo que sus alimentos se le llevan a la unidad. Ingiere dieta sin irritantes y alta en proteínas con frecuencia de tres veces al día, así como líquidos a libre demanda, utiliza más de treinta minutos para ingerir sus alimentos haciéndolo de manera lenta y pausada. Actualmente ha disminuido su apetito refiriendo el paciente que porque se siente débil y le duele el estómago. Tiene problemas para masticar debido a que le faltan piezas dentarias. Las mucosas orales se encuentran semihidratadas. Su peso es de 35 Kg y su talla es de 140 cm. Esta recibiendo suplemento alimenticio dos veces al día. Se le han realizado estudios de laboratorio y gabinete: Biometría Hemática, Química Sanguínea, reacciones febriles, y Endoscopia.

Eliminación.

Habitualmente defeca una vez al día y orina entre tres y cinco veces al día sin problemas aparentes, excepto la ocasión en que presento la evacuación con sangre y dió aviso al personal de Enfermería. Se le han realizado estudios de laboratorio: coproparasitoscópico, sangre oculta en heces y examen general de orina.

Movilidad y postura.

Sus movimientos son lentos, inseguros, con dificultad para levantarse, sentarse o caminar, refiere sentir que se cae. Requiere apoyo para realizar estas actividades que regularmente satisface por sí solo. Su pulso es de 70 por minuto con ritmo regular, débil. La presión arterial es de 90/60 mmhg para la cual esta recibiendo tratamiento con Effortil.. Se le tomo Electrocardiograma.

Dormir y descansar.

Duerme poco ya que la actividad, el ruido y las luces de la sala le impiden dormir. Aproximadamente duerme seis horas al día, tomando una siesta por la tarde de una hora. Cuando duerme su sueño es tranquilo, ligero despierta con los ruidos.

Vestido.

Se observa aseado, aliñado, con ropa de calle limpia.

Le gusta estar arreglado y limpio, el solo se baña y elige la ropa que utiliza. Por el momento requiere apoyo para su presentación personal.

Temperatura.

Su piel se encuentra fría y pálida. Su temperatura es 36 °C.

Higiene y protección de la piel.

Su baño es diario con cambio de ropa personal y de cama completo, actividad que realiza por sí mismo y que por el momento la intercurrentia le ha impedido realizar. Se observa limpio, aliñado, piel reseca, uñas gruesas y cortas.

Evitar peligros.

Presenta agudeza visual y auditiva disminuidas. Fuerza muscular disminuida en extremidades inferiores.

Comunicación y sexualidad.

No sabe leer, le gusta dibujar. No escucha bien por lo que se le tienen que repetir las palabras. Tiene dificultad para relacionarse con sus compañeros. Acude a la terapia recreativa y ocupacional, identificándose con la Terapeuta quien le facilita el contacto con los demás.

Creencias y valores.

Participa en celebraciones de fechas especiales como el día de la independencia, día de muertos, las posadas, navidad, y año nuevo. Acostumbra acudir a misa los domingos a la iglesia del pueblo cercano, por su padecimiento actual no ha podido salir y refiere querer recuperarse pronto para volver a ir.

Trabajo y realización.

No tiene actividad laboral, ayuda al personal de enfermería llevando recados o en el traslado de utensilios al comedor general de pacientes, su estado de salud actual le impide hacer esta actividad por no tener fuerzas para caminar. Lo que desea en este momento es curarse y salir a la Terapia Recreativa.

Recreación.

Tiene bastante tiempo libre durante el día, utilizándolo en su higiene personal, alimentación, acudir a terapia, caminar por los patios y jardines, en ocasiones juega a la pelota, domino, lotería y fútbol, le gusta hacer dibujos en la terapia ocupacional y adornos para decorar su unidad en festejos y fechas especiales. Estas actividades ya no las realiza actualmente por que no puede salir de la unidad de cuidados.

Aprendizaje.

Conoce el motivo de su hospitalización en la institución psiquiátrica (porque no tengo familia), y en la Unidad de Cuidados Intermedios ("porque estoy malo del estomago"). El paciente no tiene toda la información sobre su problema de salud actual, exámenes y tratamientos a los que ha sido sometido.

5.3 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería. Hipoxemia relacionada con la disminución de la capacidad transportadora de oxígeno a los glóbulos rojos, manifestada por piel pálida y fría.

Objetivo. Favorecer el intercambio de oxígeno

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Elevar la cabecera de la cama.	Esta posición permite una mayor expansión pulmonar, promoviendo un intercambio de aire alveolar.	La presión arterial continua baja. 100/60 mm Hg. Con la actividad física mínima presenta disnea. 20 respiraciones por minuto.
Controlar e informar de signos de hipoxemia tales como fatiga, irritabilidad y confusión.	Las valoraciones continuas de estos signos proporcionan una base para el plan de cuidados.	Se sigue observando piel pálida y fría al tacto.
Observar la mucosa oral, lechos ungueales, pliegues palmares y conjuntivas para detectar palidez o cianosis.	Los cambios de color cutáneo se observan mejor en las zonas específicas.	Los niveles de hemoglobina y hematocrito van en aumento gradual. En una semana se registra hemoglobina, 10.2 mg/dl Y el hematocrito en 32 %
Tomar los signos vitales antes y después de la actividad.	La disnea y taquipnea pueden estar presentes en una anemia de leve a moderada. El mecanismo exacto que provoca la disnea no esta claro.	Regularmente no se queja de frío.
Controlar el pulso del paciente, en caso de no estar dentro de los límites normales, informarlo al médico.	Para compensar la disminución de la hemoglobina, aumenta la frecuencia y el gasto cardíaco. La debilidad del pulso y la rapidez, se hacen más evidentes conforme la anemia va siendo más grave.	
Administrar oxígeno en caso necesario, según las prescripciones.	Un aporte extra de oxígeno ayuda a prevenir la hipoxia tisular,	

	elevando el contenido de oxígeno arterial.	
Controlar los niveles de hemoglobina y hematocrito. Tomar muestras de sangre para estudios de laboratorio cuando sean solicitados	Estas pruebas proporcionan la evidencia objetiva del grado de anemia y de la eficacia de las intervenciones terapéuticas	
Mantener una temperatura ambiental caliente. Proporcionarle más mantas, si lo necesita.	El cuerpo compensa la hipoxemia crónica disminuyendo la frecuencia metabólica y llevando la sangre a los órganos vitales, haciendo que el paciente sea más sensible al frío. Una temperatura ambiental fría induce una vasoconstricción que, además, perjudica la liberación de oxígeno de la hemoglobina a los tejidos.	
Proporcionar periodos de descanso entre las actividades y un entorno que fomente el reposo.	El descanso disminuye la demanda de oxígeno	
Administrar solución de Effortil, 15 gotas por vía oral cada 8 horas. Por razón necesaria	Aumenta el gasto cardíaco y la presión arterial	
Aplicar una ampolleta de Hierro Dextrán intramuscular cada tercer día.	La vía oral no permite la absorción de cantidades suficientes de hierro para restituirlo.	
Dar 0.4 mg de Acido fólico por vía oral cada 8 horas durante 30 días.	Restituye las reservas corporales y Aumenta la hemoglobina.	

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Nutrición.

Diagnóstico de Enfermería. Alteraciones en la alimentación y nutrición relacionadas con debilidad física, dolor y ardor epigástrico manifestadas por fascies de dolor e incapacidad para completar una comida, así como por la disminución del peso corporal.

Objetivo. Mejorar el aporte nutricional mediante la ingesta oral, y favorecer el incremento de su peso corporal 200 grs. en una semana.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Dieta blanda hipercalórica, evitar comidas calientes, condimentadas o ácidas.	El paciente puede tolerar solo los alimentos blandos. Las comidas condimentadas y ácidas provocan irritación. Los alimentos fríos tienen un olor más suave y pueden ser menos ofensivos y mejor tolerados que los alimentos calientes.	Muestra signos de mejoría manifestados por aumento de los niveles de hemoglobina (10.2 mg/dl) y hematocrito (32 %). Aumento gradual de peso. 150 grs. en una semana
Servir seis comidas diarias con pequeñas cantidades, proporcionándole alimentos que sean apetitosos para el paciente y cubran las necesidades dietéticas específicas. Explicarle la importancia de consumir cantidades adecuadas de nutrientes.	Las porciones pequeñas requieren menos gasto energético para el consumo y la digestión. Las comidas abundantes requieren de que haya más sangre en el tracto gastrointestinal contribuyendo a una mayor fatiga.	Aumento del nivel de energía. Empieza a comer sin ayuda. Puede sostener el vaso y la cuchara. Expresa satisfacción por los alimentos. Aún no ingiere la totalidad de su dieta.
Consultar con la Dietista para una prescripción dietética específica: para el déficit de hierro- carne roja, vegetales verdes, pan y cereales. Junto con la dietista, adecuar el aporte de proteínas, calorías, vitaminas y minerales.	La Dietista es la experta en nutrición, por lo que su colaboración en la planificación dietética hace que la dieta sea la más adecuada para las necesidades del paciente. Los déficit nutricionales sitúan al paciente ante un mayor riesgo de infección y otras complicaciones.	

	Deben considerarse las preferencias dietéticas porque los pacientes pueden resistirse a alterar los patrones establecidos.	
Cerciorarse de que el plan dietético es compatible con el estado de la dentadura.	Las dificultades de masticación inhiben el adecuado aporte nutricional	
Administrar vitaminas y minerales como esta prescrito. Preparados de hierro, ácido fólico.	El hierro y el ácido fólico son necesarios para sintetizar la hemoglobina.	
Utilizar la técnica de inyección en Z para administrar el hierro parenteral.	La técnica de inyección en Z minimiza la salida de medicación por los tejidos circundantes (esto disminuye el dolor) o por fuera de la zona de inyección (esto reduce la pérdida de medicación y las manchas tisulares) .	
Anotar lo que realmente coma el paciente.	La documentación precisa de la ingesta de alimentos , ayuda a los cálculos calóricos diarios.	
Pesar al paciente diariamente.	El peso del paciente puede utilizarse como parte de la valoración nutricional continuada y puede ayudar al control del estado de líquidos.	
Utilizar suplementos preparados altos en proteína. Dar dos cucharadas de Complan polvo cada 12 horas con leche.	Para un funcionamiento adecuado el cuerpo necesita carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.	
Aumentar la ingesta de líquidos en las comidas. Evitar tomar únicamente	Los productos lácteos tienden a formar un moco viscoso.	

<p>leche</p> <p>Procurar que coma en compañía de otros. Proporcionarle una atmósfera agradable y relajante para comer.</p> <p>Propiciar el descanso antes de las comidas para evitar la fatiga.</p>	<p>Para la mayoría de las personas las comidas son sucesos sociales. La soledad a la hora de la comida puede reducir el incentivo para ingerirla.</p> <p>Entre los factores que influyen en la ingesta se incluyen el apetito, la capacidad de masticar, relaciones sociales, capacidad para obtener alimentos.</p>	
---	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Nutrición .

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la dentición relacionado con la edad e higiene oral ineficaz, manifestado por dificultad para masticar, caries, halitosis, adoncia parcial e inflamación de las encías.

Objetivo. Prevenir lesiones y molestias orales durante la ingesta de alimentos y líquidos, y evitar la acumulación de placas bacterianas para evitar infección .

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Cuidar la higiene dental inmediatamente después de comer. Limpieza con agua.	La higiene oral puede ser reconfortante y refrescante y puede estimular también el apetito del paciente.	Con el cepillado dental diario ha mejorado su higiene bucal. La mucosa oral no presenta lesiones.
Proporcionar una higiene oral antes y después de las comidas, ayudando al paciente a realizarla con un cepillo de dientes blando o un aplicador con esponja para minimizar el traumatismo de las encías	La higiene oral frecuente disminuye también el recuento de bacterias, disminuyendo el riesgo de infección.	
Motivar al paciente para que se cepille los dientes.	La higiene oral influye directamente en muchas actividades de la vida diaria (comer, beber, respirar) y en las relaciones interpersonales (comunicación, aspecto de sí mismo).	
Permitirle se encargue del cuidado oral. Sentarlo en una silla y acercarle una palangana sobre la mesa.	La frecuencia del mantenimiento de la salud oral varía según el estado de salud del individuo y su capacidad para el autocuidado.	
Deberá cepillarse los dientes después de las comidas y antes de acostarse.	Todas las personas deben lavarse los dientes al menos una vez después de las comidas y	

<p>Utilizar un cepillo blando.</p> <p>Cepillar hacia atrás y hacia delante haciendo un pequeño círculo, comenzando por la parte de atrás de la boca y cepillando uno o dos dientes cada vez. Cepillar suavemente la lengua y la parte interna de las mejillas. Enjuagarse con agua.</p> <p>Reservar una cita con la dentista posterior a su alta de la Unidad de Cuidados Intermedios.</p>	<p>al acostarse.</p> <p>La placa de flora bacteriana se encuentra en la boca y es el primer factor que contribuye a las enfermedades de las cavidades dentales.</p> <p>La extracción diaria de la placa mediante el cepillado puede ayudar a impedir la caída y las enfermedades de los dientes.</p>	
--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad física, aporte insuficiente de líquidos, y uso de antiácidos y sales de hierro.

Objetivo. Utilizar métodos para prevenir el estreñimiento y mantener una evacuación diaria.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Fomentar la ingesta de al menos dos litros de líquidos –ocho a diez vasos-.	Se necesita una ingesta suficiente de líquidos (al menos dos litros diarios), para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada de las deposiciones.	Mantiene su patrón de evacuación sin alteraciones
Aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra, incluyendo frutas y verduras cocidas y jugos de frutas.	Una dieta equilibrada con alto contenido de fibra estimula el peristaltismo (cereales arroz, pan integral, pepino, lechuga, fruta fresca con piel). Los ancianos son propensos al estreñimiento debido a la disminución de la actividad física, fibra insuficiente en la comida, ingesta de líquidos insuficiente y efectos secundarios de los medicamentos.	
Utilizar el cuarto de baño en lugar del cómodo si es posible.	La incapacidad para cuidarse produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima.	

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Termorregulación

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de hipotermia relacionado con anemia, bajo peso, exposición al ambiente frío, la edad y la inactividad.

Objetivo. Mantener la temperatura corporal por arriba de los 36 grados centígrados.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Evitar la exposición innecesaria o prolongada a un ambiente frío.	La temperatura corporal esta enormemente afectada por el nivel de actividad y la temperatura ambiental, la humedad alta aumenta el efecto del frío o el calor sobre el organismo.	El paciente conserva la temperatura corporal entre 36 °C y 36.8 °C
Tomar la temperatura corporal y la presión arterial, registrarlas en la hoja de la enfermera.	Las lecturas de la temperatura axilar son fiables solo para la temperatura cutánea; son un grado inferiores a las lecturas de la temperatura oral. La hipotermia también reduce la tensión arterial. La vasodilatación promueve la perdida de calor y predispone a la hipotermia.	
Utilizar mantas abrigadoras para la cama.	Los ancianos necesitan medidas de protección adicionales para la conservación del calor.	
Conseguirle gorro, chamarra y calcetines para evitar la perdida de calor. Ofrecer líquidos calientes.	Los ancianos pueden volverse hipotérmicos en ambientes moderadamente fríos.	
Reemplazar las ropas húmedas con otras secas.	Los ancianos tienen embotada la percepción del frío y el calor y, por tanto, pueden carecer del estímulo para iniciar las acciones protectoras.	

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración en la movilidad y actividad física relacionada con la edad, disminución de la fuerza muscular y debilidad general, manifestada por dificultad para llegar a sitios, fatiga, aumento de la frecuencia del pulso, aumento de la frecuencia respiratoria y solicitud de ayuda por miedo a caerse.

Objetivo. Ayudar al paciente a recuperar el nivel habitual de actividad física mientras disminuye la debilidad y la fatiga.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Iniciar ejercicios activos y pasivos	El mantenimiento de los patrones normales de actividad y ejercicio es esencial para un óptimo funcionamiento fisiológico.	Es capaz de mantenerse en pie apoyándose con las manos a los lados de la cama. Se muestra ansioso al levantarse y con miedo a caerse.
Mantener todas las partes del cuerpo del paciente en una alineación anatómica funcional.	La alineación funcional previene las contracturas.	Realiza ejercicios respiratorios soplando un tapón de algodón sobre la mesa tres veces al día.
Estimular la realización de ejercicios de respiraciones profundas mientras el paciente este despierto. Planifique comidas pequeñas y frecuentes para reducir la energía necesaria para la digestión.	La disminución de la elasticidad del tejido pulmonar sitúa ante un riesgo creciente de estasis de las secreciones pulmonares. La fatiga normal es una respuesta al esfuerzo físico, al cambio en las actividades diarias o a la falta de sueño. La fatiga puede resultar por la disminución en el transporte de oxígeno.	
Tomar el pulso, la tensión arterial y respiración en reposo. Tomar las constantes vitales inmediatamente después de la actividad. Hacer que descanse	La respuesta de una persona a la actividad puede ser evaluada al comparar la tensión arterial, pulso y respiraciones previos a la actividad con las cifras	

<p>durante tres minutos y tomar de nuevo las constantes.</p> <p>Interrumpir la actividad si el paciente responde a ella con quejas de dolor, disnea o vértigo.</p> <p>Aumentar la capacidad del paciente para la actividad haciéndole realizar la actividad más lentamente o durante un periodo de tiempo más corto, con más pautas de descanso o con más ayuda.</p> <p>Aumentar gradualmente la tolerancia al ejercicio empezando con 15 minutos la primera vez. Hacer que se levante tres veces al día, 15 minutos; aumentando 15 minutos cada día.</p> <p>Darle apoyo cuando empiece a andar, permanecer cerca dándole indicaciones claras. Evitar que se caiga. Permitirle que elija la velocidad de la deambulaci3n.</p> <p>Proporcionar periodos de descanso entre las actividades y en un entorno que fomente el reposo. Proporcionar ayuda para la deambulaci3n. Observar los signos de intolerancia a la actividad</p>	<p>obtenidas posteriores a la actividad.</p> <p>La fatiga en los ancianos no se debe a factores relacionados con la edad, sino más bien a factores de riesgo como enfermedades cr3nicas.</p> <p>La tolerancia a la actividad se desarrolla c3clicamente mediante el ajuste de la frecuencia, duraci3n e intensidad de la actividad hasta que se logra el nivel deseado. Los s3ntomas de intolerancia a la actividad se alivian con el reposo. Alternar periodos de actividad y reposo para reducir el gasto de energ3a.</p> <p>Durante el reposo en cama los m3sculos de las piernas tienden a perder fuerza dos veces más r3pido que los de los brazos</p> <p>El descanso disminuye la demanda de ox3geno. Inicialmente el paciente puede necesitar limitar las actividades. El paciente puede necesitar el estimulo de cambios de posici3n lentos y realizar</p>	
---	--	--

<p>como vértigo, respiración entrecortada, dolor torácico y empeoramiento de la fatiga.</p> <p>Colocar los artículos personales a su alcance.</p>	<p>actividades según la tolerancia.</p> <p>El colocar los artículos personales al alcance del paciente fomenta la independencia mientras recupera la energía.</p>	
---	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de Enfermería. Disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (alimentarse, aseo personal, trasladarse a sitios,) relacionado con debilidad y cansancio, manifestado por debilidad muscular, dificultad para cortar la comida, lavarse el cuerpo, ponerse y quitarse la ropa y dificultad para llegar al cuarto de baño.

Objetivo. Incrementar la independencia en actividades de la vida diaria .

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Permitirle la selección de su ropa. Proporcionarle lo que elija.	El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.	Comienza a comer sin ayuda. Colabora en su higiene oral tomando el vaso con agua y enjuagándose la boca.
Hacer que tome las comidas en el mismo sitio, con entorno agradable y que no le distraigan demasiado.	Se debe proporcionar a las personas intimidad, y tratarlas con dignidad mientras llevan acabo las actividades de autocuidado.	Aún no puede vestirse y desvestirse por sí solo.
Describir los alimentos para aumentar el apetito.	El autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí mismo, sino animarla y enseñarla para que haga sus propios planes en función de la vida diaria.	
Proporcionar una buena higiene oral antes y después de las comidas.		
Bañarlo por la mañana temprano para evitar vestirlo y desvestirlo innecesariamente.	La limpieza es importante para la comodidad, para elevar la autoestima y para las interacciones sociales con los otros.	
Mantener caliente la temperatura del baño, regular la temperatura del agua de acuerdo a la preferencia del paciente.		
Proporcionarle una silla para que tome el baño sentado.	La incapacidad para cuidarse produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de	

<p>Si es incapaz de lavarse todo el cuerpo, hacer que se lave una parte correctamente y dar refuerzo positivo a sus logros.</p> <p>Dejar a su alcance la toalla de baño.</p> <p>Estar atenta por si se produce fatiga.</p> <p>Fomentar la independencia en el vestido, animarle a que lo realice sin ayuda.</p> <p>Dejar suficiente tiempo para que se vista y se desvista, ya que puede ser una tarea cansada, dolorosa y difícil.</p> <p>Estar atenta a la posibilidad de caídas cuando vaya al baño. Proporcionarle un camino seguro y libre de obstáculos.</p> <p>Darle tiempo suficiente para evitar la fatiga.</p> <p>Si es necesario el cómodo o el orinal, asegurarse de que este a su alcance.</p>	<p>sí mismo. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima.</p> <p>Durante un periodo limitado de tiempo, es aceptable depender de los otros para que satisfagan las necesidades básicas físicas y psicológicas.</p>	
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Descanso y sueño

Diagnóstico de Enfermería. Alteración del patrón de sueño relacionado con la reducción del ejercicio, la preocupación por la enfermedad, el desconocimiento del entorno y el malestar asociado a la enfermedad, el horario de tratamiento farmacológico, ambiente frío e iluminado y la actividad del servicio, manifestado verbalmente por despertar antes de lo deseado y referir no haber descansado.

Objetivo. Mantener un equilibrio entre el reposo y la actividad. Reducir los trastornos del sueño durante la hospitalización.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<p>Proporcionar períodos frecuentes de reposo y sueño.</p> <p>Si el dolor provoca insomnio, administrar analgésicos antes de acostarse.</p>	<p>Las personas ancianas tienen menos periodos de sueño y con frecuencia se despiertan espontáneamente. Los periodos de sueño mas cortos y frecuentes son más apropiados que un largo periodo de sueño.</p>	<p>A los cuatro días del ingreso, el paciente parece descansado. Refiere haber dormido mejor.</p>
<p>Realizar los procedimientos de enfermería agrupados para evitar interrumpir los ciclos de sueño.</p>	<p>La disminución de los ruidos ambientales fomenta la relajación.</p>	
<p>Proporcionar un entorno tan tranquilo como sea posible. Apagar el radio, evitar hablar en voz alta.</p>	<p>Inicialmente el paciente puede necesitar limitar las actividades.</p>	
<p>Ofrecerle ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.</p>		
<p>Proporcionar ayuda para la deambulacion.</p> <p>Observar los signos de intolerancia a la actividad como vértigo, desmayos, respiración entrecortada, dolor torácico y empeoramiento de la fatiga.</p>	<p>El paciente puede necesitar el estímulo de cambios de posición lentos y realizar actividades, según la tolerancia.</p>	

<p>Colocar los artículos personales a su alcance.</p> <p>Reducir o eliminar las distracciones ambientales e interrupciones del sueño.</p> <p>Cerrar la puerta de la habitación.</p> <p>Eliminar la iluminación permanente. Utilizar luces de noche.</p> <p>Disminuir los estímulos que se reciben (radio, televisión, conversaciones del personal).</p> <p>Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el período de sueño (cuando se despierte para la medicación, administrar los tratamientos y tomar los signos vitales).</p> <p>Mantener las sábanas y colchas limpias, y cobertores suficientes.</p>	<p>El colocar los artículos personales al alcance del paciente fomenta la independencia mientras recupera la energía.</p> <p>Los ancianos tienen más dificultad para dormirse, se despiertan más fácilmente y pasan más tiempo en la fase de adormecimiento y menos en la fase de sueños.</p>	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Descanso y sueño.

Diagnóstico de Enfermería. Ansiedad relacionada con traslado involuntario a la Unidad de Cuidados Intermedios, procedimientos y tratamientos y aislamiento de sus compañeros, manifestada por retraimiento, dependencia, inquietud, aumento del estado de alerta y cambios en el patrón de sueño.

Objetivo. Aumentar su bienestar fisiológico y psicológico estableciendo nuevos vínculos en el nuevo ambiente para disminuir su preocupación respecto al traslado a otra Unidad.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<p>Hablarle lenta y tranquilamente. Usar frases cortas y sencillas.</p> <p>Proporcionarle medidas de comodidad.</p> <p>Darle información general referente a tipo de cuidados, las necesidades de participación activa, rutinas, equipos, ambiente, personal, dieta, medicamentos, pruebas de laboratorio, como realizar ejercicios de movilización, deambulación precoz y la duración de la estancia. Orientarlo totalmente hacia el nuevo ambiente.</p> <p>Favorecer el contacto con sus anteriores compañeros de habitación cuando sea posible. Fomentar la interacción con otras personas del nuevo servicio. Proporcionar visitas de seguimiento de la enfermera de la unidad previa al traslado.</p>	<p>La ansiedad se refiere a los sentimientos surgidos por una amenaza no específica a la seguridad que tiene impacto en la salud, entorno, cobertura de las necesidades, relaciones personales y sensación de seguridad.</p> <p>Los niveles de ansiedad disminuyen en el anciano porque sus mecanismos de adaptación son más eficaces, adquiridos por la experiencia.</p> <p>El estrés del traslado puede suceder con cualquier tipo de cambio de lugar. De una cama a otra, de una habitación a otra, de una unidad a otra y entre instituciones.</p> <p>El estrés del traslado es un fenómeno que se presenta en todos los grupos de edad.</p> <p>No todos los individuos van a experimentar el estrés del traslado.</p>	<p>Conoce el motivo de su internamiento en la Unidad de Cuidados Intermedios, y el tiempo probable de estancia.</p> <p>Es visitado diariamente por las enfermeras de la unidad donde reside.</p>

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Descanso y sueño

Diagnóstico de Enfermería. Alteración del bienestar relacionado con dolor abdominal recurrente manifestado por expresión facial de dolor, señala el sitio del dolor.

Objetivo. Practicar medidas de alivio del dolor o disminución del mismo.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Transmitirle al paciente que se cree en la autenticidad del dolor.	El dolor es inevitable. Uno debe aprender a vivir con el dolor, a controlarlo antes de ser controlado por él. Todo dolor es real cualquiera que sea su causa.	Refiere que el dolor ha disminuido y que se presenta cuando no ha comido
Distraer su atención solicitándole describa un cuadro o dibujo. O que escuche música	El uso de medidas de alivio no agresivas (relajación, masaje, distracción) puede favorecer los efectos terapéuticos de la medicación que alivia el dolor.	
Manifiestar al paciente que se acepta su respuesta al dolor. Explicarle las causas del dolor. Proporcionarle oportunidades para que descanse durante el día y periodos de sueño ininterrumpidos durante la noche.	La edad influirá en la respuesta al dolor. Es posible que los ancianos no demuestren signos y síntomas objetivos de dolor debido a años de adaptación y a un aumento de la tolerancia al dolor	
Proporcionarle un radio para que escuche música.		
Favorecer la relajación con frotamiento en la espalda o masaje. Enseñar una técnica de relajación (respiraciones lentas y rítmicas)		
Administrar y registrar los medicamentos según	El aumento de la secreción del ácido	

<p>prescripción.</p>	<p>clorhídrico produce inflamación de la mucosa gástrica y dolor</p>	
<p>Administrar Omeprazol cápsulas de 20 mg. por vía oral, una por la mañana por tres semanas.</p>	<p>Los antagonistas de los receptores H2 inhiben la secreción de gastrina y los antiácidos tamponan el ácido clorhídrico. Los anticolinérgicos disminuyen la secreción de ácido clorhídrico.</p>	
<p>Dar Gel de aluminio y magnesio 10 ml. por vía oral cada 8 horas por un mes.</p>	<p>Los anticolinérgicos disminuyen la secreción de ácido clorhídrico.</p>	
<p>Administrar Misoprostol tabletas de 200 mg. por vía oral cada 8 horas por dos meses.</p>	<p>Aumenta la producción de moco, disminuye la secreción gástrica ácida basal y la inducida por alimentos.</p>	
<p>Proporcionar reposo en cama y en un entorno tranquilo.</p>	<p>Los síntomas generalmente se reducen con el reposo y un entorno tranquilo.</p>	
<p>Ayudar al paciente a identificar alimentos que pueden causarle un aumento de las molestias.</p>	<p>La identificación de las intolerancias alimentarias personales facilita la planificación dietética.</p>	
<p>Fomentar la ingesta frecuente de pequeñas cantidades.</p>	<p>Los propios alimentos actúan como antiácidos.</p>	

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Higiene y Protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la edad, estado nutricional y disminución de la movilidad.

Objetivo. Mantener la integridad de la piel, evitar lesiones.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Valorar la piel del paciente, incluyendo los puntos de presión anatómica para detectar enrojecimiento o induración. Hacerlo durante cada cambio de posición.	La presión mecánica y la disminución de la disponibilidad de la hemoglobina aumenta el riesgo de la hipoxia tisular y lesión celular.	Durante el periodo de hospitalización el paciente mantiene la integridad cutánea.
Mantener la piel limpia y seca así como la ropa de cama también seca y libre de arrugas.	La piel es la primera línea de defensa contra la infección. La humedad proporciona un buen medio de desarrollo bacteriano y puede conducir a la maceración.	
Cambiar de posición al paciente como mínimo cada dos horas. Aplicar masaje en los puntos de presión.	La hipoxemia aumenta la susceptibilidad a la lesión tisular. Los cambios posturales frecuentes permiten el alivio de presión y el restablecimiento del flujo sanguíneo nutricional. El masaje de los puntos de presión con loción mantiene la piel blanda y aumenta la circulación.	
Enseñar ejercicios de amplitud de movimiento y solicitarle los haga cada hora, mientras este despierto, si los tolera.	El movimiento estimula la circulación y mantiene el tono muscular y la movilidad articular.	
Cuidado de la piel. Omitir el jabón al realizar	El jabón reseca y las personas ancianas	

la higiene.	tienen pocas glándulas sebáceas.	
Aplicar aceite cutáneo en las áreas de piel seca.	El aceite puede prevenir el aumento de la sequedad, que puede conducir a lesiones hísticas.	
Realizar los baños del paciente en días alternos.	El aumento de la frecuencia de los baños puede reducir la flora cutánea normal y la eficacia de la piel como barrera protectora. El lavado frecuente también causa aumento de la sequedad e irritación cutánea.	
Fomentar la movilidad para evitar periodos prolongados de presión. Mantener al paciente seco y limpio	La epidermis funciona como una barrera para proteger los tejidos internos, como receptor de las diversas sensaciones, como regulador de la temperatura corporal y del equilibrio hídrico impidiendo la pérdida de agua y electrolitos.	
Solicitarle se levante utilizando los brazos del sillón cada 10 a 20 minutos.	La elastina que da flexibilidad a la piel, elasticidad y tensión, disminuye con la edad.	
Aumentar la ingesta de proteínas y carbohidratos.	Con el envejecimiento la fuerza de la piel disminuye debida a al pérdida de colágeno de la dermis. La grasa subcutánea disminuye con el envejecimiento, disminuyendo el almohadillado de las prominencias óseas. Poniendo a los ancianos en mayor riesgo de úlceras por presión.	

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Evitar peligros.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de lesión por caídas relacionado con disminución de la fuerza en extremidades inferiores, dificultad en la marcha., fatiga,

Objetivo. Reducir la posibilidad de caídas disminuyendo los riesgos ambientales.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<p>Orientarlo en lo referente al entorno. Explicar el sistema de llamada.</p> <p>Utilizar luz de noche.</p> <p>Mantener la cama al nivel más bajo con las ruedas frenadas durante la noche.</p> <p>Valorar su capacidad de caminar.</p> <p>Poner barandales en la cama y situar esta en la posición más baja cuando se deje solo.</p> <p>Instruirlo para caminar: descansar 10 a 15 minutos antes de caminar. Empezar lentamente (10 minutos). Aumentar el tiempo gradualmente.</p> <p>Reducir la actividad si hay dolor muscular o se corta la respiración.</p>	<p>Las caídas se producen con mayor frecuencia en los ancianos.</p> <p>Las deficiencias en la visión y audición, la marcha inestable, y factores situacionales: nuevo ingreso, cambio de habitación, son factores que aumentan el riesgo de caerse.</p>	<p>No hay presencia de lesiones.</p>

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de deterioro de la interacción social, relacionado con aislamiento terapéutico, limitación de la movilidad física, disminución de la agudeza auditiva y ausencia de amigos.

Objetivo. Promover la interacción social. El paciente será capaz de comunicar sus necesidades para identificar y poner en práctica formas de aumentar las relaciones significativas.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Fijarse en la orientación, memoria remota y reciente, capacidad para interpretar y rapidez de las respuestas.	El estado mental puede alterarse por la degeneración cerebral u otros factores. Muchos ancianos pueden permanecer completamente alerta.	Se encuentra alerta durante todo el periodo de hospitalización No hay manifestación de sentirse apremiado.
Antes de hablar, alertar al paciente mediante el tacto. Hablar cuando se este en la línea de visión del paciente Usar el contacto y los gestos para mejorar la comunicación	La información que no se oye claramente puede malinterpretarse. El déficit auditivo puede compensarse con la lectura parcial de los labios. La lectura de los labios o cualquier información visual proporcionada por la cara o el cuerpo del que habla ,a menudo son útiles para determinar el contenido del mensaje hablado.	Su aspecto es relajado. Sin signos de agitación. La Terapista se dirige a las enfermeras para hacer sugerencias sobre los cuidados del paciente.
Mirar directamente a la persona.		El paciente mantiene contacto sociales.
Hablar lenta y claramente. Acercarse por el lado que oye mejor (si oye mejor por el oído izquierdo, acercarse por la izquierda).	La comunicación eficaz es un proceso interactivo que implica el intercambio mutuo de información entre dos o más personas. Este proceso puede ser obstaculizado por problemas con la emisión o la recepción de mensajes, o ambos.	
Reducir al mínimo los ruidos innecesarios en la habitación.		

<p>Permitir mas tiempo para la respuesta.</p>	<p>El proceso de pensamiento es más lento en las personas ancianas. Los problemas con la emisión de información pueden producirse por fracaso en darle tiempo suficiente para que escuche o responda. Y problemas físicos que interfieren con la capacidad de ver, hablar o moverse.</p>	
<p>No gritarle ni usar terminología infantil para hablar con él. Repetir si parece que no escucha.</p>	<p>El retardo en las respuestas no implica necesariamente un deterioro auditivo. Los gritos pueden aumentar la ansiedad. El uso de "jerga infantil" es humillante y puede afectar la autoestima del paciente.</p>	
<p>Implicar a la Terapista ocupacional en los cuidados y cuando sea posible en su realización.</p>	<p>La implicación de los seres queridos en los cuidados ayuda a reducir el aislamiento relacionado con el desconocimiento del entorno y evita la sensación de abandono.</p>	
<p>Fomentar el contacto personal generoso al proporcionar cuidados y los gestos afectuosos a menos que al paciente le resulte incomodo el contacto físico.</p>	<p>El tacto reduce el "hambre cutánea" (el deseo de contacto humano táctil) y comunica preocupación por el paciente, ayudando a reducir los sentimientos de aislamiento.</p>	
<p>Exponer los problemas y preocupaciones de socialización a otros</p>	<p>La interacción con todos los miembros del equipo del hospital puede servir</p>	

<p>miembros del equipo del hospital incluyendo al personal de limpieza y mantenimiento</p> <p>Fomentar la interacción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> -animarlo a que hable de sus sentimientos de soledad. -movilizar el sistema de apoyo de enfermeras, médicos, terapeuta y compañeros. -identificar actividades que lo tengan ocupado en las horas de mas riesgo de soledad. 	<p>de sustituto temporal de los contactos sociales normales del paciente.</p> <p>La comunicación proporciona una sensación de seguridad a los pacientes de que no están solos y de que hay personas que les escucharan.</p> <p>Una comunicación deficiente puede producir sentimientos de confusión, frustración, irritación, hostilidad, depresión, miedo y aislamiento.</p> <p>La soledad es una declaración afectiva que implica darse cuenta de estar apartado de otros acompañado de una vaga necesidad de otras personas.</p> <p>La enfermedad crónica puede contribuir al aislamiento social debido a la falta de energía, disminución de la movilidad o distanciamiento de amigos.</p> <p>Los ancianos están en alto riesgo de aislamiento social ya que a menudo tienen pocas oportunidades de estar acompañados.</p> <p>Los problemas de salud que restringen las visitas, las deficiencias sensoriales que hacen que la comunicación sea laboriosa o frustrante, pueden limitar significativamente las relaciones con otros</p>	
--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Vivir según creencias y valores

Diagnóstico de Enfermería. Sufrimiento espiritual relacionado con la incapacidad para mantener las prácticas espirituales y religiosas habituales por alteración de la salud y restricciones de la unidad de cuidados intermedios, expresado verbalmente por el deseo de oír misa.

Objetivo. Realizar prácticas espirituales y religiosas que para el paciente son importantes.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Identificar las preferencias y el patrón de actividades religiosas normales del paciente.	El mantenimiento del apoyo espiritual habitual aumenta la capacidad de adaptación .	El paciente expresa gratitud por la ayuda recibida para cubrir sus necesidades espirituales. Se le obsequio un crucifijo y una imagen.
Hacer los arreglos para que lo visite un sacerdote.	El mantenimiento de la continuidad en la experiencia religiosa proporciona un bienestar especial. Fomentar las expresiones de confianza y fe en Dios o en un ser supremo proporciona consuelo y una sensación de cuidados de la providencia durante la crisis.	Muestra una expresión facial tranquila. Sacerdote no disponible debido a falta de tiempo
Preguntarle sobre los objetos religiosos que le hacen falta y si es posible proporcionarlos.	Los objetos religiosos pueden proporcionar tranquilidad y servir como recordatorio de los recursos espirituales.	
Tratar estos objetos con respeto.		
Mantener convenientemente cerca objetos religiosos, por ejemplo un rosario o imágenes religiosas		
Proporcionar la intimidad y tranquilidad necesaria	Un método de afrontamiento común	

<p>para la oración diaria. Leer (o buscar un voluntario para que lea) textos religiosos.</p> <p>Expresar los deseos del equipo de salud de ayudarlo a satisfacer sus necesidades espirituales.</p>	<p>para los ancianos, la oración, aumenta los sentimientos de la propia importancia y de esperanza reduciendo el sentido de soledad y abandono.</p> <p>El rezar en privado o con una persona allegada es la estrategia de afrontamiento espiritual y practica religiosa más significativa.</p> <p>Todas las personas tienen una dimensión espiritual, participen o no en practicas religiosas formales.</p> <p>La naturaleza espiritual del individuo se debe considerar como parte de su cuidado total.</p> <p>La dimensión espiritual de la enfermería implica "estar con" los clientes y familias.</p> <p>Para muchos ancianos, las actividades religiosas e intercambios espirituales pueden reducir la ansiedad.</p>	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Realizarse

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de alteración del auto concepto relacionada con la pérdida de competencia física.

Objetivo. Promover una auto imagen positiva proporcionando oportunidades para demostrar su competencia

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Incluirlo en el proceso de toma de decisiones sobre su cuidado.	Participar en la toma de decisiones aumenta la sensación de competencia personal y fomenta la dependencia.	Participa en la toma de decisiones.
Implicarlo en las actividades de autocuidado tanto como sea posible, prestando especial atención a las necesidades de higiene y acicalamiento personal.	Un aspecto personal limpio y cuidado contribuye a los sentimientos de autoestima.	Participa en su autocuidado en la medida de lo posible.
Revisar las actividades que reflejan logros del paciente. Reducir al mínimo los ruidos innecesarios en la habitación.	Los logros y reconocimientos refuerzan la sensación de utilidad social. El envejecimiento implica afrontar múltiples pérdidas y los sentimientos de tristeza son una parte normal de la aceptación. La aceptación y escucha activa muestra respeto por el paciente como individuo y promueve la sensación de valía personal.	
Dedicarle tiempo para la expresión de los sentimientos, como tristeza e impotencia.		
Evitar las respuestas exageradas optimistas.		

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Participar en actividades recreativas.

Diagnóstico de Enfermería. Imposibilidad para realizar actividades recreativas relacionada con la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios y deterioro de la salud, manifestada por aburrimiento y deseo de salir al patio.

Objetivo. Identificar métodos para que realice una actividad recreativa.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<p>Llevarlo al área de terapia recreativa que se encuentra dentro de la unidad, por lo menos 30 minutos dos veces al día para que pueda ver la televisión. Utilizar una silla de ruedas para el traslado.</p> <p>Dedicarle un tiempo para sentarse junto a él y hablar.</p> <p>Proporcionarle un aparato de radio si es posible.</p> <p>Proporcionarle papel y lápices de colores para que haga dibujos.</p>	<p>En el adulto la falta de estímulos da como resultado el aburrimiento y la depresión. Las actividades informales promueven el bienestar. Las actividades solitarias tienen poco efecto en la satisfacción vital.</p> <p>El uso controlado de la música y su influencia en el ser humano para ayudar a la integración fisiológica , psicológica y emocional del individuo durante el tratamiento de una enfermedad puede ser una actuación valiosa para aliviar el aburrimiento.</p>	<p>Refiere cansancio al ser llevado al área recreativa, solamente permanece 10 minutos.</p> <p>No desea dibujar, únicamente escuchar música.</p>

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad. Aprendizaje.

Diagnóstico de Enfermería. Déficit de conocimientos relacionado con disminución de la agudeza auditiva, nivel educativo y la edad., manifestado por poca atención y fatiga.

Objetivo. Adquirir conocimientos para modificar hábitos que le ayuden a recobrar y mantener su salud.

ACCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Valorar la disponibilidad de la persona para aprender.	La enseñanza es más efectiva cuando la persona esta dispuesta a aprender. El aprendizaje requiere energía, que no estará disponible si la persona esta cansada o tiene dolor.	Muestra motivación para aprender. El déficit auditivo dificulta la comunicación por lo que recibe la información mínima necesaria para que participe en sus cuidados.
Adecuar los contenidos de la enseñanza a las capacidades del paciente.	Proporcionar una educación sanitaria inadecuada provoca un aumento de la ansiedad e incapacidad para absorber la información.	
Valorar el conocimiento actual del paciente sobre su enfermedad. Preguntar sobre las explicaciones del médico y la información recibida.	Valorar lo que recuerda de las explicaciones del médico. Proporciona una oportunidad de valorar los conocimientos y actitudes hacia la enfermedad.	
Determinar las necesidades de aprendizaje.	Las necesidades de aprendizaje determinan el contenido apropiado.	
Valorar la capacidad de aprendizaje. Edad, lenguaje hablado, capacidad de razonar.	Tener en cuenta la edad de la persona y capacidad para pensar lógicamente y expresar sus pensamientos ayuda a presentar el material al nivel intelectual adecuado.	

Determinar el contenido a enseñar.	El contenido determina en su mayor parte la elección del método educativo.	
Valorar lo que debería saber y lo que sería bueno que supiera.	El aprendizaje es más intenso cuando se da en respuesta a las necesidades percibidas.	
Dar información relacionada con las preocupaciones expresadas. No dar información amenazante. La educación será individualizada. Determinar la mejor manera de enseñar.	La enfermedad y la necesidad de aprender pueden por sí mismas amenazar al paciente.	
Decidir donde y cuando enseñar.	Elegir el momento apropiado para enseñar es de capital importancia en la disponibilidad para aprender.	
Planificar estrategias de evaluación como observación, preguntas y demostración de habilidades.	La evaluación con frecuencia esta relacionada con la presentación de la enseñanza.	
Comunicar la estrategia de educación a los demás profesionales del equipo de salud implicados en el cuidado del paciente.	La comunicación mejora la consistencia de la educación brindada por los profesionales del cuidado de la salud, permitiendo el refuerzo apropiado y minimizando las repeticiones innecesarias.	
Dar cantidades manejables de información.	Demasiada información causa confusión.	

<p>Proporcionar informaciones sencillas. Usando terminología fácil de entender.</p>	<p>La "jerga" médica o de enfermería distancia al paciente. Las explicaciones intrincadas pueden confundirlo o abrumarlo.</p>	
<p>Usar la revisión y repetición prudentemente.</p>	<p>La revisión y repetición ayudan a recordar y aumentan la retención.</p>	
<p>Antes de la educación sanitaria, cubrir cualquier necesidad fisiológica.</p>	<p>Las necesidades fisiológicas no cubiertas (tales como la sed o la urgencia de evacuar) interfieren en la capacidad de concentrarse en el aprendizaje.</p>	
<p>Proporcionar oportunidades para la aplicación inmediata de lo aprendido. Solicite retroinformación.</p>	<p>La aplicación inmediata refuerza la retención. La persona puede resistirse a expresar espontáneamente su falta de comprensión y permite realizar ajustes.</p>	
<p>Estar alerta a los signos de confusión, fatiga, dolor o aburrimiento: movimientos nerviosos, bostezos, falta de contacto visual, muecas o agitación.</p>	<p>Estos signos no verbales pueden proporcionar claves sobre la necesidad de modificación o conclusión de la sesión de educación sanitaria.</p>	
<p>Comunicar los progresos a los profesionales adecuados.</p>	<p>La comunicación aumenta la continuidad de la educación sanitaria entre los profesionales de la salud.</p>	

VI. CONCLUSIONES

- ◆ El Proceso de Atención de Enfermería es sumamente útil en el terreno práctico ya que nos conduce al desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos para fundamentar nuestras acciones y que el cuidado proporcionado al paciente sea de calidad.
- ◆ El utilizar el Proceso de Atención de Enfermería bajo el modelo teórico de Virginia Henderson facilita la identificación de las necesidades del paciente para ayudarlo a recobrar su independencia además de reforzar la relación Enfermera-paciente.
- ◆ El modelo conceptual de Virginia Henderson orientará la aplicación del Proceso de Cuidados para dar cuidados de calidad, individualizados, integrales y continuados que le permitan a la Enfermera dar testimonio de su propio rol en la sociedad y dentro del equipo de salud.
- ◆ Es muy importante permitir que la Enfermera conozca mejor al usuario y le ofrezca cuidados de Enfermería individualizados, integrales y continuos. Desgraciadamente esta forma de concebir y describir los cuidados de Enfermería no siempre se refleja en la realidad. El análisis e interpretación de los datos muchas de las veces no se hace de manera conciente por falta de tiempo y seguramente también por falta de los conocimientos teóricos necesarios.

VII. SUGERENCIAS

- ◆ Las Facultades y Escuelas de Enfermería deben formar Enfermeras profesionales con la capacidad de enfrentarse con responsabilidad a su ejercicio profesional, de tal forma que sus conocimientos y cuidados se vean reflejados en la conservación de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación del paciente.
- ◆ No olvidar que una de las finalidades de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que es conducir a la Enfermera a que comprenda mejor al usuario y le preste ayuda en la experiencia que esta viviendo.
- ◆ Que el personal de Enfermería, independientemente del nivel de preparación académica obtenido, aplique de manera conciente el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria.
- ◆ Es necesario que el personal directivo y mandos medios del Servicio de Enfermería tome cursos de capacitación sobre Proceso de Atención de Enfermería, para que pueda asesorar al personal a su cargo en su elaboración, documentación y aplicación con lo cual, mejorara la calidad del cuidado que se proporciona al paciente.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO R. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. 2ª. ed. Barcelona, España: Mosby-Doyma; 1995. 251 pp.
2. BEARE-MYERS. *Enfermería Principios y Práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993. Tomo IV. 1705 pp.
3. BLANC DANIEL. *Cuadernos de la Enfermera – 6 Tubo Digestivo*. Barcelona, España: Editorial Toray- Masson, S.A.; 1979. 143 pp.
4. BRUNNER L.C., SUDDARTH D.S. *Manual de la Enfermera*. 2a ed. México: Grupo Editorial Mediterráneo S.A.;1986. Tomo 2. 266 pp.
5. CARPENITO L. J. *Diagnóstico de Enfermería*, 5ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana;1995. 1335 pp.
6. COLLIERE MARIE-FRANCOISE. *Promover la vida*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana; 1993. 395 pp.
7. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, AMFEM. *Uso de los Medicamentos en la Clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.;1999. 542 pp.

8. DAVIS -- CHRISTOPHER. *Tratado de Patología Quirúrgica* . 11ª. ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1987. Tomo I. 2510 pp.
9. *Diccionario Médico Inglés-Español*. 3ª ed. México: Editorial Piensa, S.A. de C. V. ;1993. 418 pp.
10. GARCÍA GONZÁLEZ M.J. *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. México: Editorial Progreso; 1997. 330 pp.
11. HALLOWAY NANCY M. *Planes de Cuidados En Enfermería*. Barcelona, España: Doyma; 1990. 505 pp.
12. JIMÉNEZ DÍAZ, FUNDACIÓN. *Patología Médica*. Barcelona, España: Salvat Editores; 1986. Tomo I. 1130 pp.
13. KLUSEK HAMILTON, HELEN. *Procedimientos de Enfermería*. México: Interamericana; 1986. 907 pp.
14. MARRINER, T. ANN. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Guía Práctica. 4ª. ed. Barcelona, España: Harcourt; 1999. 555 pp.

15. MI JA KIM. *Guía Clínica de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería*. 5ª ed. España: Mosby; 1994. 413 pp.
16. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Madrid, España: Harcourt; 2002. 264 pp.
17. PAJARES GARCÍA J. *Enfermedades Digestivas*. Madrid, España: Grupo Aula Médica S.A.;1994. Tomo I. 645 pp.
18. PHANEUF M. *Cuidados de Enfermería, El Proceso de Atención de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; 1993. 227 pp.
19. ROSALES, B. S. y REYES, G. E. *Fundamentos de Enfermería*. México: El Manual Moderno; 1991. 463 pp.
20. R. AUDET P., PHARM. D. *Davis - Manual de Medicamentos*. México: I El Manual Moderno, SA de CV; 1991. 237 pp.
21. SABISTON , JR. DAVID C. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 10ª ed. México: Interamericana S.A. de C.V.; 1974. Tomo I. 1044 pp.
22. TADATAKA YAMADA, M.D. *Manual de Gastroenterología*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 1025 pp.

23. TAMAYO T. M. *El Proceso de la Investigación Científica*.
Fundamentos de la investigación. Manual de evaluación de proyectos.
2ª. ed. México: Limusa, S.A de C.V.; 1992. 277 pp.
24. UNAM-ENEO. *Proceso de Enfermería, Seminario Taller* 2003. México:
2003. 137 pp.
25. [http:// www.inmedsuc.com.mx/especialidades/gastro13.htm](http://www.inmedsuc.com.mx/especialidades/gastro13.htm)
26. [http:// www.lafacu.com/apuntes/medicina/gastritis/](http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/gastritis/)

IX. GLOSARIO

Atrofia. Disminución de volumen de un órgano a consecuencia de la insuficiencia de su nutrición.

Biopsia. Examen microscópico de una porción de tejido obtenida de un cuerpo vivo.

Dispéptico. Que tiene relación con la dispepsia, que es una enfermedad del estómago caracterizada por trastornos digestivos.

Endoscópico. Relacionado con el método de examen por medio de un endoscopio, que permite mirar el estado de un órgano interno.

Enzimas. Fermentos solubles que hacen asimilables las materias alimenticias.

Gastrina. Hormona de la mucosa pilórica que estimula la secreción del estómago.

Libido. Instinto sexual, deseo genital.

Metaplasia. Transformación de un tejido en otro. Producción por las células, de una especie de tejido distinto del que producen normalmente.

Neoplasia. Producción de un tejido nuevo, lo más a menudo de origen maligno. Tumor.

Nódulos. Pequeño nudo. Lesión cutánea. Pequeña eminencia.

Pepsina. Fermento soluble del jugo gástrico segregado por las glándulas de la mucosa del estómago. Enzima del jugo gástrico.

X. ANEXOS

Farmacología de los medicamentos anti ulcerosos.

Inhibidores de la bomba de protones.- Omeprazol

Origina la inhibición casi completa de la secreción de ácido, tiene efecto mucho más importante sobre la secreción diurna de ácido estimulada por las comidas. Su inhibición del ácido dura más de 24 horas, el momento óptimo para la ingestión del fármaco es antes de las comidas, es mucho menos eficaz en pacientes que se encuentran en ayunas.

Agentes citoprotectores.- Sucralfato, Misoprostol.

El Sucralfato, sal compleja de la sacarosa, se fija a las proteínas hísticas y forma una barrera protectora que absorbe a las sales biliares y a la pepsina. Puede estabilizar también al moco gástrico, y ejerce efectos troficos sobre la mucosa. Los efectos adversos son estreñimiento.

El Misoprostol inhibe la secreción de ácido gástrico, estimula la secreción de bicarbonato y moco, fomenta el flujo sanguíneo por la mucosa e inhibe el recambio celular. Ocurre diarrea en 10 a 30 % de los pacientes y se puede acompañar de retortijones. (TADATAKA, 2000.)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Estado Civil: _____
Religión: _____ Escolaridad: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
No. de expediente: _____ Institución de Salud en la que se atiende: _____

1 RESPIRACIÓN

¿Tiene algún problema para respirar? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

Le suele ocurrir lo siguiente:

¿Tose? Si _____ No _____ Frecuencia: _____ Características: _____

¿Tiene secreciones? Si _____ No _____ Características: _____

Expulsa sangre cuando tose? Si _____ No _____ ¿Siente ahogo? Si _____ No _____ ¿Cuando? _____

_____ ¿Tiene dolor al respirar? Si _____ No _____ ¿Cuando? _____

_____ ¿Características del dolor? _____

¿Qué medios utiliza para mejorar su respiración? (medicamentos, postura, oxígeno otros)

_____ ¿Fuma usted? Si _____ No _____ ¿Cuántos cigarrillos? _____

_____ ¿Hay fumadores en su entorno? Si _____ No _____ ¿Quién? _____

_____ ¿Tiene usted animales en casa? Si _____ No _____ ¿De qué tipo? _____

_____ ¿Su casa esta bien ventilada? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

_____ ¿Práctica deportes al aire libre? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

_____ ¿El nerviosismo influye en su forma de respirar? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

_____ ¿Ha sufrido de alguna enfermedad pulmonar? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

MIDA Y OBSERVE:

Respiración: Frecuencia _____ Amplitud: Buena _____ Mediana _____ Reducida _____

_____ Ruidos respiratorios: _____

_____ Coloración de cara y lechos ungueales _____

Requiere O₂ suplementario: Si _____ No _____ Puntas nasales _____ Nebulizador _____ Otros _____

Tratamiento de apoyo: Fisioterapia pulmonar _____ Aspiración de secreciones _____ Medicamentos _____

_____ Laboratorio y gabinete _____ Especifique _____

Otras: _____

2 ALIMENTACIÓN

_____ ¿Tiene usted buen apetito? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

_____ ¿Sigue usted alguna dieta? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Su horario de alimentos es? Desayuno _____ Comida _____ Cena _____
 ¿Tiene problemas para masticar? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
 ¿Su dentadura natural esta en buen estado? Si _____ No _____ ¿Tiene usted alguna o varias prótesis dentales? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
 ¿Sabe usted de alguna alergia alimentaria? Si _____ No _____ ¿A cuál alimento? _____
 ¿Tiene dificultades para controlar su peso? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____ ¿Toma usted agua? Si _____ ¿Cuántos vasos? _____ No _____ ¿Porqué? _____ ¿Come usted entre comidas? Si _____ No _____ ¿Qué tipo de alimentos? _____
 ¿Tiene usted problemas digestivos? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
 ¿Qué medios utiliza para aliviarlos? _____
 ¿Regularmente donde acostumbra a comer? _____ ¿Con quién? _____
 ¿Cuanto tiempo dedica usted a cada alimento? Desayuno _____ Comida _____ Cena _____
 ¿Le prohíbe su religión algunos alimentos? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____
 ¿Qué significa para usted comer? _____
 ¿Considera que su alimentación es adecuada? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
 ¿Esta necesidad la puede resolver usted sólo? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

MIDA Y OBSERVE:

Peso _____ Talla _____ Mucosas _____ Dientes _____
 Estado de la piel _____ Formas de cubrir la necesidad: Oral _____
 Enteral _____ Parenteral _____ Suplementos _____
 Dextrobx: _____ Estudios de laboratorio y gabinete: _____
 Especifique: _____
 Otras: _____

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces defeca en el día? _____ ¿Tiene algún problema? Hemorroides _____
 Sangrado _____ Heces negras _____ Heces con alimentos _____ Incontinencia fecal _____
 Dolor al evacuar _____ ¿Como lo soluciona? _____
 Resuelve sólo su necesidad de eliminación intestinal? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
 ¿Cuántas veces orina usted en el día? _____ ¿De qué color es su orina? _____
 ¿Experimenta algún problema para orinar? Si _____ No _____ ¿Cuál? Ganas frecuentes de orinar _____
 Dolor al orinar _____ Incontinencia urinaria _____ Esfuerzo al orinar _____ ¿Qué hace para remediar estos síntomas? _____
 ¿Resuelve usted sólo sus problemas de eliminación vesical? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

MIDA I OBSERVE

Diuresis: Cantidad _____ Características _____
 Requiere algún sistema de control: Sonda foley _____ Sodeo intermitente _____ Preservativo _____
 Pañal _____ Apósito especial _____ Otros (especifique) _____
 Estudios de laboratorio y gabinete (especifique): _____

Medicamentos _____ Ostomias: Nefrostomia _____ Cistostomia _____
Estado de la piel: _____
Heces fecales: Cantidad _____ Características _____
Estudios de laboratorio y gabinete (especifique): _____
Medicamentos _____ Ostomias: Ileostomia _____ Colostomia _____
Estado de la piel: _____
Menstruación: Características: _____
Secreciones vaginales características: _____
Medicamentos: _____ Otros especifique: _____

7 MOVILIDAD Y POSTURA

¿Actualmente es usted capaz de moverse y caminar con facilidad? Si _____ No _____ ¿Cuál es su problema? _____
¿Realiza ejercicio? Si _____ No _____ Frecuencia _____ ¿De qué tipo? _____
¿Tiene alguna limitación? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
¿Presenta dificultad para? Levantarse _____ Sentarse _____ Caminar _____
¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulte su movilidad? _____
¿Sufre algún problema cardíaco? Si _____ No _____ Hipertensión arterial _____ Varices _____
¿Resuelve usted sólo su necesidad? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

MIDA Y OBSERVE

Pulso: Frecuencia: _____ Ritmo: regular: _____ irregular: _____ Amplitud: fuerte: _____
débil _____ Tensión arterial: _____
Tratamiento de apoyo: Fisioterapia _____ Colchón de agua: _____ Tracción _____
Fármacos _____ Estudios de laboratorio y gabinete _____
Otros (especifique) _____

8 DORMIR Y DESCANSAR

¿Duerme usted bien? Si _____ No _____ ¿Porqué no? _____
¿El nerviosismo le impide dormir? _____
¿Qué hace para poder dormir? _____
¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Duerme por la tarde? _____ ¿Cuántas horas? _____
¿Algún problema le impide dormir por la noche? _____
¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si _____ No _____ ¿Porqué no? _____

¿Su trabajo le obliga a dormir en otra hora que no sea por la noche? _____

OBSERVE

Calidad del sueño: _____
Tratamiento de apoyo: farmacológico: _____ aromoterapia: _____ otros _____

9 VESTIDO

¿ Qué importancia concede a su aspecto personal? Mucha _____ Regular _____ Poca _____
¿Porqué? _____

¿La forma de vestirse es adecuada al lugar, estación del año y circunstancias? Si _____ No _____
¿Porqué? _____

¿Requiere de algún calzado en especial? Si _____ No _____ ¿De qué tipo? _____

OBSERVE

Su aspecto personal _____

Otros: _____

➤ TEMPERATURA

¿Tiene algún problema con el control de su temperatura? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Qué medidas toma cuando tiene frío? _____

¿Qué medidas toma cuando tiene calor? _____

MIDA Y OBSERVE

Temperatura corporal: _____ Fármacos: _____

Tratamientos de apoyo: _____

Otros (especifique): _____

≡ HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Cada cuando se baña? _____ ¿Su cambio de ropa es? Completo _____ parcial _____

Aseo bucal: Si _____ No _____ ¿Frecuencia por día? _____ ¿Con qué? _____

¿Utiliza hilo dental? Si _____ No _____ ¿Porqué no? _____

Su aseo de manos es: frecuencia _____ ¿Con qué? _____

¿Utiliza artículos personales? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____ Crema: _____ Jabón: _____

desodorante _____ Cosméticos _____ Otros: _____

¿Cada cuando cambia su ropa de cama, (frecuencia)? _____ ¿Por qué? _____

¿El uso de toalla de baño es personal? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿La actividad que realiza le impide mantener su higiene personal? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿Es usted capaz en este momento de cuidar la limpieza y orden de su casa? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

OBSERVE

Aspecto personal _____

Características del cabello: _____

Características de las mucosas: _____

Características de los dientes: _____

Características de las manos: _____

Características de las uñas: _____

Características de los pies: _____

Técnicas de apoyo: Curación _____ Masaje _____ Antisépticos tópicos _____ Otros

(especifique) _____

9 EVITAR PELIGROS

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? Si _____ No _____ ¿Con cuál? _____ ¿Cuál es su problema? _____

¿En su casa hay algún problema que lo ponga en riesgo? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en peligro? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Conoce usted las medidas de protección en caso de incendio, temblores erupciones etc.? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____ ¿A cuál? _____

¿Padece alguna enfermedad? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla? _____

¿Acata usted las normas viales: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Al practicar usted algún deporte toma las medidas de seguridad necesarias? _____

¿Como maneja usted su enojo, tristeza estres etc.? _____

10 COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

¿Su vista le permite leer con facilidad? Si _____ No _____ ¿Utiliza lentes? _____ ¿Escucha bien? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿Tiene usted algún problema bucal, vocal que no le permita comunicarse? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____ ¿Con quién vive? _____

¿Hay alguien con quien se identifique más? Si _____ No _____ ¿Quién es? _____

¿Establece usted fácilmente contacto con los demás? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿Tiene usted algún problema o síntomas en sus órganos genitales? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Tiene algún problema para ejercer su sexualidad en su relación de pareja? _____

¿Siente usted que sus necesidades sexuales están siendo satisfechas? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿Como manifiesta su sexualidad? Comunicación verbal _____ Contacto físico _____ Caricias _____ Masturbación _____ Otros _____

¿Sus necesidades coinciden con las de su pareja? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

¿Como negocia la diferencia en caso de existir? _____

¿ Utiliza algún método de control natal? Si _____ No _____ ¿Porqué?

¿Cuál? Hormonas orales _____ Hormonas inyectables _____ Barrera _____ Definitivo _____

¿Quién lo utiliza? _____

En caso de ser mujer:

¿Sabe como explorar sus mamas? (explique) _____

¿Como son sus ciclos menstruales? _____

¿Cada cuando se realiza su papanicolao? _____

¿Cada cuando visita al ginecólogo? _____

OBSERVACIONES (Características del lenguaje verbal y no verbal, cambios de expresión verbal, humor apoyos, estado de consciencia medicamentos etc.)

4.1 CREENCIAS Y VALORES

¿Qué sentido tiene para usted la vida? _____

¿Qué opina de la muerte? _____

¿Usted conserva alguna tradición durante el año? ¿Cuál? _____

¿Tiene usted un hábito religioso? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿En este momento tiene usted algún pendiente? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Qué es lo más importante para ti en la vida? _____

4.2 TRABAJO Y REALIZACIÓN

¿Está usted contento con el trabajo que desempeña? Si _____ No _____ ¿Porqué?

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaria? Si _____ No _____ ¿Porqué?

¿Qué metas tiene usted en este momento? _____

¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo? Social _____ Cultural _____ Deportivo _____ Religioso _____

¿Qué rol desempeña en su familia? _____

De ese rol ¿qué es lo que más le gusta? _____

¿Qué rol desempeña en la sociedad? _____

OBSERVACIONES: _____

5. RECREACIÓN

¿Cuenta con tiempo libre? Si _____ No _____ ¿Cuanto? _____

¿A qué lo dedica? _____
¿Cómo se divierte? _____
¿A qué juega? _____
¿Practica algún deporte? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____ frecuencia _____
¿Qué actividades recreativas le gusta realizar? _____
¿Su estado de salud la ha modificado sus actividades anteriores? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
¿Como se podrían suplir? _____
¿Cuenta usted en su comunidad con lugares donde pueda divertirse o practicar algún deporte? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
Acude a estos lugares: frecuentemente _____ rara vez _____ nunca _____
OBSERVACIONES: (Cambios en el estado de ánimo, somatización, investigar gustos e intereses del paciente, técnicas de apoyo etc.)

4 APRENDIZAJE

¿Ha estado hospitalizado/a anteriormente? Si _____ No _____ ¿Por qué motivo? _____
Hábleme de su experiencia: _____
¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? _____
¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? _____
¿Ha recibido información sobre su problema de salud? Si _____ No _____ ¿Por qué? _____
¿Qué sabe usted de los medicamentos que toma? _____
¿Qué sabe usted de los exámenes, de los tratamientos e intervenciones quirúrgicas (si ha de haberlas) a que va a ser sometido? _____
¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? _____

IMPRESIONES GENERALES

ALUMNO: _____ FECHA: _____