

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Cuidados a una adulta mayor con
alteración de sus necesidades
fundamentales**

Que para obtener Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Laura Aguilar Flores

No. De Cuenta: 087511617

DIRECTOR DEL TRABAJO

MAESTRA MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

Septiembre 2005

m. 345521



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco infinitamente a mi madre por todo su amor, comprensión
y apoyo que siempre he recibido,
a mi hermana Rosa por su apoyo incondicional.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Aguilar Flores

FECHA: 16 - Junio - 2005

FIRMA: 

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
I. OBJETIVOS	3
II. METODOLOGÍA	4
III. MARCO TEORICO	5
1.-Concepto del cuidado	5
2.-Concepto de Enfermería	6
3.-Teorías de enfermería	8
4.-Teoría de Virginia Henderson	12
▪ Conceptos Nucleares	
▪ Elementos Fundamentales	
▪ Conceptos Básicos	
▪ Necesidades Fundamentales	
5.-Proceso de enfermería	21
6.-El proceso de enfermería basado en las necesidades fundamentales	29
7.-Proceso de envejecimiento	30
8.-Hipertensión Arterial	42
IV. APLICACIÓN DEL PROCESO	44
1) Valoración	44
□ Datos generales	44
□ Valoración física actual	44
□ Valoración de las 14 Necesidades	44 - 49

2) Análisis e interpretación de los datos	50
□ Diagnósticos de Enfermería	50 - 59
3) Planeación de los cuidados	
□ Objetivos	50 - 59
4) Ejecución de los cuidados	50 - 59
5) Evaluación	50 - 59
V. CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

El método enfermero constituye una herramienta imprescindible para el trabajo cotidiano de la enfermera.

Los planes de cuidados de enfermería suponen el nivel más elevado y completo de la estructuración de los cuidados, nos facilitan, bajo la más rigurosa metodología científica, una aproximación bastante precisa del conjunto de intervenciones realizadas por enfermería, durante el desarrollo de un proceso de salud concreto en la persona.

La aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación.

Este caso se eligió por que considero importante dar atención especializada a las personas de la tercera edad de nuestro país.

La transición demográfica y epidemiológica de México, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento para el año 2000, sea de más de 75 años; de mantenerse las mismas condicionantes, el proceso paulatino de envejecimiento de la población, se agudizará en los años siguientes por lo que se espera que para el año 2050, 1 de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años; así mismo se espera un aumento sostenido de las enfermedades crónico degenerativas. El predominio de éstas enfermedades ha dado como resultado el incremento de la demanda de atención e intervenciones médico curativas altamente costosas y prolongadas.

La calidad de vida y la salud del adulto mayor se ha reflejado mas profundamente en los países industrializados, en los cuales el desarrollo económico, la disponibilidad de tecnología medica avanzada, el mejoramiento de los servicios sociales y de salud, etc. En términos generales, en América Latina las políticas y los programas para los adultos mayores han sido escasos y se les ha asignado baja prioridad, aunque recientemente algunos países han aplicado medidas a concertar la planificación de políticas y programas coherentes para este grupo de edad. Desafortunadamente, en países como México los programas para los

adultos mayores han sido obstaculizadas por las dudas sobre la utilidad de destinar recursos para solucionar los problemas de la minoría considerada tradicionalmente improductiva.

La enfermería Geriátrica y gerontológico en México ha tenido un escaso desarrollo, y es a partir de los años 70's que se ha trabajado en el cuidado del adulto mayor. La profesión de Enfermería ha sido considerada como el arte del cuidado de los enfermos, razón por la cual la mayor parte de las funciones han estado dirigidas a contribuir a recuperar la salud perdida de las personas, actualmente en enfermería hace énfasis en la planificación e implementación de programas destinados a la atención de las necesidades de salud de la población, especialmente orientados a su promoción y fomento. La atención de enfermería a los adultos mayores se debe transformar de una acción eminentemente curativa y paliativa, en otra de carácter integral y en la cual los componentes de promoción y fomento de la salud constituyan el eje fundamental.

La enfermera tiene que tener presente que la persona, es la que recibirá su acción y por lo mismo debe tener un conocimiento lo más completo posible de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que presentan los adultos mayores. Así como las manifestaciones de su emotividad y de cómo influye la enfermedad en ellas.

De manera que tengan una existencia saludable y puedan disfrutar de su vejez plenamente.

I. OBJETIVOS

- Profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos del proceso de enfermería en la aplicación de cuidados a una adulta mayor con alteración de sus necesidades fundamentales, para ofrecer un cuidado integral y elevar su nivel de vida.

- Aplicar el método enfermero basado en un modelo de atención para la resolución de problemas de manera sistemática, organizada, intencionada, específica y sobre todo científica y humanista.

- Proporcionar atención de alta calidad y desarrollar habilidades y destrezas para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, que se proporcionan a un adulto mayor con alteración de sus necesidades fundamentales para mejorar su calidad de vida.

- Desarrollar mediante la aplicación del método enfermero un pensamiento crítico y reflexivo tendiente a la construcción de conocimientos del cuidado enfermero.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El método enfermero se aplicó a una persona de la tercera edad de 72 años del sexo femenino con problemas de hipertensión arterial, las entrevistas se llevaron a cabo en su domicilio para lo cual, se visitara a la Sra. Esther dos veces por semana en un tiempo aproximado de dos horas por día, haciendo un total de 40 hrs. Posteriormente se llevará a cabo la construcción de los elementos teóricos necesarios para el mejor entendimiento del método enfermero y el conocimiento y comprensión de la teoría de Virginia Henderson aplicada a un caso, para lo cual es necesaria la asesoría de una experta en la aplicación del método enfermero.

III. MARCO TEÓRICO

1.-CONCEPTO DEL CUIDADO

Cuidar es fundamentalmente comunicar vida, desarrollar capacidades de vida... permitir mantenerlas... y/o compensar las que disminuyen.

ORIGEN DEL ARTE DE CUIDAR:

A diferencia de lo que se deja creer el arte de cuidar no nació de la enfermedad, ni aun de la lucha contra la muerte. El arte de cuidar se sitúa con anterioridad a toda enfermedad y después de ella.¹

Confundir "cuidar", "to care" y "reparar", "to cure", es ignorar lo que esta en el origen de los cuidados, lo que los motiva, lo que los orienta. Es perder su razón de ser.

Durante la historia de la humanidad, en todas las sociedades, los cuidados han estado, y siguen orientados a la vida, no hacia la muerte, hacia todo lo que hace vivir, hacia todo lo que permite vivir. Los cuidados están vinculados a esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida.²

Los cuidados representan todo lo que ha sido desarrollado en ingeniosidad, en creatividad, principalmente alrededor de las practicas del cuerpo y de las prácticas alimentarias para garantizar la continuidad de la vida.

Cuidar es :

- Movilizar todas las capacidades de la vida para despertarlas y desarrollarlas
- Compensar las capacidades que todavía no se encuentran desarrolladas
- Reforzar las capacidades que comienzan a adquirirse

Estas capacidades son tanto físicas, como afectivas y sociales.

¹ Colliere, F. "Encontrar el sentido original del Cuidado" ENEO-UNAM. Memorias. Enfermería Universitaria 1998.

² Ibidem Colliere, F.

Asimismo, los cuidados que acompañan a las madres a lo largo de su embarazo van a intensificarse al momento del nacimiento y después del parto. Estos cuidados rodeando a las madres tienen también como propósito estimular, desarrollar y compensar sus capacidades físicas y afectivas para enfrentar el reto de dar a luz y desarrollar sus capacidades de madre.

Conforme hay proximidad hacia la muerte, cuidar es entonces :

- Compensar las capacidades alteradas o perdidas**
- Reconfortar, mantener las capacidades que disminuyen, que se debilitan, que se agotan**
- Estimular las capacidades que se conservan con el fin de diferir su deterioro.**

Según su finalidad existen cuidados de :

- De estimulación
- De confortación
- De compensación
- De mantenimiento y conservación
- De apariencia
- De tranquilización

Es necesario para la enfermera, describir, dilucidar y explicar el género de los cuidados, es decir identificar la naturaleza de los cuidados que se prodigan en relación con la finalidad que se proponen y estimar sus efectos.

Elementos del metaparadigma

2.- CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La **enfermería** se concibe con la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice

sus capacidades y potencialidades para la vida: su campo de acción son todos los espacios donde se desarrolla y en el que atiende su salud.³

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

El **objeto de estudio de la enfermería es el cuidado**, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe ó esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud, indagando formas de compensar la carencia que se le presenta.

El cuidado de enfermería es cuidar la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que cuida.

El cuidado tiene diferentes connotaciones, cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.⁴

La **persona**, sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferentes a éstas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea al entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida: que reflejan los valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud que han permitido su supervivencia.

Así la persona se considera única y particular; lo que determina necesidades propias, capacidades y potencialidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para cuidados de enfermería. La noción de persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.⁵

El **Entorno** comprende el medio interno (genético, fisiológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se

³ Cárdenas, J. Margarita. "Conceptualización de la Enfermería" Mecanograma. ENEO- UNAM México 2000

⁴ Ibidem Cárdenas, J. Margarita.

⁵ Ibidem Cárdenas, J. Margarita.

encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de vida de la persona, por que un comportamiento solo es significativo en la medida en que se contextualiza en el entorno.

La interacción entre persona y el entorno condiciona su proceso de salud – enfermedad.⁶

La **Salud** es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, y permite la realización de las actividades cotidianas.

Los factores del estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de salud la cual esta determinada por el potencial de vida, el estilo de vida, la calidad de vida y el significado de vida de la persona.

El eje de la enfermería es el cuidado a la persona, que en interacción continua con el entorno vive experiencias de salud.⁷

3.- TEORIAS DE ENFERMERÍA

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. La teoría facilita la autonomía de acción, la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.⁸

⁶ Op cit. Cárdenas, J. Margarita pág. 7

⁷ Ibidem. Cárdenas.

⁸ Marriner, T. Ann. "Introducción al análisis de las teorías de Enfermería", Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 1998 4ta ed p.p. 3-13

Principales conceptos y definiciones en el desarrollo teórico

Filosofía

La filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. Puede definirse como “la investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad” e “indaga la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico” y no de métodos empíricos.⁹

Ciencia

La ciencia es la “observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales”.

Conocimiento

El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación.

Hecho

Es algo que se conoce con certeza.

Modelo

Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos. Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos.

MODELO CONCEPTUAL PARA ENFERMERÍA:

Un modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad.

Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

1. Teóricos
2. Empíricos

Los **modelos empíricos** son una replica de la realidad.

Los **modelos teóricos** son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

⁹ Marriner, T. Ann. “Introducción al análisis de las teorías de Enfermería” en Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed 1998 p.p. 3 – 13.

Modelo conceptual

Están contruidos por ideas abstractas y generales y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Paradigma

Es un diagrama conceptual. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.

Teoría

Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

Alcance de las teorías

La materia de una teoría puede ser muy amplia e inclusiva o muy estrecha y limitada.

Gran teoría

Son complejas en la mayoría de los casos, exigen una especificación y fragmentación de sus enunciados para poderlas comprobar y verificar en un plano teórico. Las grandes teorías exponen sus formulaciones a nivel de abstracción más general y suele resultar difícil establecer vínculos entre tales formulaciones y la realidad.¹⁰

Teoría de nivel medio

Las teorías de nivel medio poseen un enfoque más limitado que las grandes teorías y más extenso que las microteorías. Su ámbito de acción no es tan amplio,

¹⁰ Marriner, T. Ann. "Introducción al análisis de las teorías de Enfermería" en "Modelos y Teorías de Enfermería", Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998 p.p. 3 – 13.

no es útil para definir conceptos recapitulativos ni tan restringido que no sirva para explicar las complejas situaciones de la vida real.

Microteoría

Las microteorías son las menos complejas y las más específicas, son “conjunto de enunciados teóricos, por lo general hipótesis, relativos a fenómenos muy concretos”.

Formas de las teorías

Normativas: Las teorías normativas utilizan conjuntos de leyes en un enfoque inductivo, a partir del cual tratan de descubrir patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones.

Axiomáticas: El método axiomático se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de forma jerárquica.

Causal: Permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de los enunciados que determinan las relaciones causales entre las variables dependientes y los independientes. ¹¹

Filosofías

Se basan en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos.

- Florence Nightingale
- Ernestine Wiedenbach
- Virginia Henderson
- Glenn Abdellah

Modelos conceptuales

Las grandes teorías suelen incluir en sus modelos conceptuales de enfermería distintos aspectos del ser humano, el entorno y la salud.

¹¹ Marriner, T. Ann. “Introducción al análisis de las teorías de Enfermería” en “Modelos y Teorías de Enfermería”, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998 p.p. 3 – 13.

- Dorotea E. Orem
- Sor Callista Roy
- Betty Neuman

Teorías en enfermería

Las teorías de nivel medio son más precisas y se concentran en desarrollar enunciados teóricos que respondan a las preguntas planteadas en el campo de la enfermería.

- Hildegard E. Peplau
- Ida Jean Orlando
- Joyce Travelbee
- Joan Riehl
- Ramona T. Mercer
- Kathyn E. Barnard
- Madeleine Leininger
- Margaret A. Newman
- Nola Pender

4.- TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de sus actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.¹²

En el concepto anterior, el objetivo de la acción de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es: Asistir al paciente y su familia en la satisfacción de sus necesidades en que demuestren dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad. Desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de ésta (falta de : fuerza, voluntad o conocimiento).

¹² Marriner. T. Ann. “Introducción al análisis de las teorías de Enfermería” en “Modelos y Teorías de Enfermería”, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998 p.p. 3 – 13.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas de la persona, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

CONCEPTOS NUCLEARES

Aquí deben considerarse las definiciones de persona, entorno, salud y rol profesional desde la perspectiva de ésta autora.

Elementos del metaparadigma

La **Persona** es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. Y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

El **Entorno**, si bien no está claramente definido en 1985, habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

Factores condicionantes

El **Rol profesional** es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o ayuda a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

La **Salud** se equipara con la satisfacción de las 14 necesidades básicas, por acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.¹³

ASUNCIONES CIENTÍFICAS

Son 3

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

¹³ María T. Luis R. Y cols. "De la teoría a la Práctica" Ed. Masson Barcelona España 2da ed 2000. p.p. 35

Estas tres asunciones se refieren al concepto de persona, por el interés de Henderson por destacar una visión integral del ser humano.

ASUNCIONES FILOSÓFICAS

Son 3

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Las asunciones filosóficas hacen referencia al rol profesional, donde intenta marcar los límites que separan las áreas de competencia médica y enfermera.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

El modelo incluye las siguientes conceptualizaciones: objetivo de los cuidados, usuario del servicio, rol profesional, fuente de dificultad, intervención de la enfermera y consecuencias de la intervención.

El **objetivo de los cuidados** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El **usuario del servicio** es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

El **rol profesional** consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudar a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

La **Fuente de dificultad**, o área de dependencia alude a la **falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad** de la persona para satisfacer sus necesidades básicas:

1.- Entendemos por conocimientos saber por qué acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la práctica, es decir, saber “que” hacer y “como” hacerlo.

Por lo que se considera que el **área de dependencia** es la falta de conocimiento cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora como utilizarlos.¹⁴

2. **La fuerza** puede ser **física** o **psíquica**. En el primer caso se refiere a los aspectos relacionados con el “poder hacer”, que influyen la fuerza, tono muscular y la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica alude al cambio de valores y actitudes, a saber “por que” y “para que” actuar; y requiere que la persona tenga la capacidad de interrelacionar los conocimientos con su situación de salud, de extraer conclusiones y de tomar decisiones. Por consiguiente se considera que existe falta de fuerza física en aquellos casos en que la persona carezca de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para hacer las actividades requeridas, y la falta de fuerza psíquica cuando, sabiendo que hacer y como hacerlo, ignora los beneficios de esas acciones, no las relaciona con su situación de salud ni es capaz de tomar una decisión, o la que toma no es la adecuada. Ambos casos se considera que falta de fuerza es el área de dependencia.

4. **La voluntad** implica las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas y mantener la conducta durante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad requeridas “querer hacer”.

Para identificar la falta de voluntad es preciso asegurarse de que la persona ha tomado la decisión adecuada y desea ponerla en práctica, si bien no persiste en la realización del propósito con suficiente intensidad o duración del tiempo necesario.

La falta de voluntad no se refiere a aquellas situaciones en que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones terapéuticas. En cuyo caso

¹⁴ María T. Luis R. Y cols. “De la teoría a la Práctica” Ed. Masson Barcelona España 2da ed 2000, p.p. 36-37.

no podemos considerar que le falte voluntad, sino que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella. En realidad se trata de falta de fuerza psíquica, (no tomar la decisión más conveniente) pero el respeto que como profesionales debemos a la libertad y responsabilidad de la persona nos obliga a aceptar su decisión.

Identificar las áreas de dependencia es imprescindible para poder dirigir el plan de cuidados.

La **intervención de la enfermera** incluye dos elementos que son el centro de la intervención y los modos de la intervención.

1. **Centro de intervención.** Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber que hacer y como hacerlo), de fuerza (por qué y para que hacerlo) o de voluntad (querer hacer).
2. **Modos de la intervención.** Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

La voluntad puede reforzarse, aumentarse o completarse, pero no puede sustituirse.

Las **consecuencias de la intervención** son la satisfacción de las necesidades básicas, ya sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica.

CONCEPTOS

Es necesario definir los conceptos de necesidades básicas, cuidados básicos, independencia, dependencia, autonomía, agente de autonomía asistida, datos de independencia, datos de dependencia y datos que deben considerarse.¹⁵

Necesidades Básicas

Son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano, su satisfacción

¹⁵ Maria T. Luis R. Y cols. "De la teoría a la Práctica" Ed. Masson Barcelona España 2da ed 2000. p.p. 38-41

está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose las 14 necesidades básicas.

Cuidados Básicos

Es el conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona. Es cualquier cuidado enfermero que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía, sea cual sea su grado de dificultad.

Independencia

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El termino "situación de vida" se refiere al <<aquí y ahora>> de la persona, considerando aspectos biofisiológicos, socioculturales y espirituales.

Dependencia

Es el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida, a causa de falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía

Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. La definición de fuerza de fuerza hace referencia a la capacidad física y psíquica para realizar las acciones necesarias con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas.

Agente de autonomía asistida

Es la persona que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: en las necesidades básicas.

Manifestaciones de independencia

Conductas de la persona adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida. Por conducta debe entenderse acciones o reacciones sobre las que la persona puede incidir de forma voluntaria.

Manifestaciones de dependencia

Son conductas de la persona que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida.

Conducta incorrecta si resulta perjudicial para la salud de cualquier persona.

Conducta inadecuada aquella que es perjudicial o contraproducente en el caso que nos ocupa.

Conducta insuficiente, es la siendo adecuada, no alcanza el grado deseado.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Funciones de enfermería:

INDEPENDIENTES

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

INTERDEPENDIENTES

Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

DEPENDIENTES

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las prescripciones médicas.

Henderson identificó tres **niveles de relación** entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como **sustituto** del paciente.
2. La enfermera como **ayuda** del paciente.
3. La enfermera como **compañera** y **orientadora** del paciente.

1. En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un **sustituto** de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente.
2. Como **ayuda** del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
3. Como **compañera y orientadora**, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

NECESIDADES FUNDAMENTALES

Respirar normalmente

- Inspiración: Aporte esencial de oxígeno, Difusión de gases a nivel pulmonar, intercambios a nivel celular.
- Espiración: Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

Alimentarse e hidratarse

- Ingestión, digestión y absorción de agua, electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

Eliminar

- Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

Moverse y mantener una buena postura

- Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación.
- Mantenimiento de una buena alineación corporal.

- Dormir y descansar**
 - Interrupción del estado de despierto o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas, manteniendo un estado de confort.

- Poder seleccionar ropas apropiadas, **vestirse y desvestirse**
 - Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

- Mantener la **temperatura corporal**, dentro de los límites **normales**
 - Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

- Mantener la **higiene corporal** y la **integridad de la piel**
 - Cuidados de higiene corporal y de la imagen corporal.

- Evitar peligros** ambientales, e impedir que perjudiquen a otros
 - Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

- Comunicarse** con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
 - Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.
 - Expansionarse, desarrollarse, procreación.

- Vivir según **valores y creencias**
 - Actuar de acuerdo a sus valores y creencias.
 - Actualización de los propios valores.

- Preocuparse de su propia **realización** y conservar su propia **autoestima**
- Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizadota.

- Recrearse**
- Necesidad de actividades de esparcimiento.

- Aprender**, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- Adquirir conocimiento, recibir información.

5.- EL PROCESO DE ENFERMERÍA

CONCEPTO:

“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales” Rosalinda Alfaro. (1993).

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera: profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, en cliente es beneficiado, ya que mediante éste proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero produce satisfacción y profesionalidad. Consta de **cinco etapas**: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, a lo largo de todas las etapas o sea durante todo el proceso, la enfermera debe guiarse por un Modelo de Enfermería.¹⁶

¹⁶ Maria T. Luis R. Y cols. “De la teoría a la Práctica” Ed. Masson Barcelona España 2da ed 2000. p.p. 3 - 15

VALORACIÓN

Orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben de recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuales de ellos son relevantes y cuales apuntan a la presencia de un problema que deben ser tratado en colaboración o por otro profesional.

Se lleva a cabo reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las necesidades básicas del paciente.

La **Valoración** consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de datos.

Recogida de datos:

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario mediante la entrevista, la observación y el examen físico.

La Validación de datos :

Es asegurar que la información es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas.

El Registro de datos:

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y es de vital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación de enfermería.

DIAGNÓSTICO

Proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no desviación de las normas esperadas. Si hay desviación, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formularlas.

Se examina el grado de dependencia del paciente o su familia, (sus necesidades o capacidades). En cada una de las necesidades básicas, y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizarán las categorías diagnósticas de la NANDA.

Para llegar a la conclusión de un diagnóstico es necesario:

El análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis

Se inicia por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes.

Finalmente, la interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone. En la que se pueden encontrar :

1. Problemas reales o de riesgo, susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).
2. Problemas reales o de riesgo que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).
3. Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

Formulación de problemas detectados

Podemos identificar dos tipos de problemas: de colaboración (PC) y diagnósticos enfermeros (DxE), según pertenezcan al rol.

Problemas de colaboración (PC)

Pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional. En esta área de la práctica, que comprende tanto problemas reales como de riesgo la enfermera es plenamente responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado

final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que se han de llevar a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

Diagnósticos enfermeros (DxE)

La NANDA en 1999, lo define como " Un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación de enfermería destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable". Se trata de situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, es la responsable del resultado final y tiene pleno control y autoridad sobre la situación.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud.

- 1.- Diagnóstico real. Describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en un individuo, se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas).
- 2.- Diagnóstico de riesgo. Describe las respuestas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
- 3.- Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

PLANEACIÓN

Es una guía para la fijación de prioridades, determinación de objetivos generales y específicos, la selección de las intervenciones y la elección de las actividades susceptibles de modificar las fuentes de dificultad.

Se desarrolla un plan de acción con el paciente y su familia, que ayudarán a lograr los objetivos que ambos se han establecido. Registros del plan de cuidados. El plan de acción incluye las indicaciones médicas.

Fijación de prioridades

Es necesario identificar las normas que permitan decidir que problemas deben abordarse en primer lugar y cuales pueden o deben esperar, se propone aplicar los siguientes criterios:

- 1.- Problemas (PC o DxE) que amenazan la vida de la persona
- 2.- Problemas que para la persona sean prioritarios
- 3.- Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, pues la resolución de aquellos eliminará o reducirá éstos.
- 4.- Problemas que por tener esa misma causa, puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.
- 5.- Problemas que tienen una solución sencilla, puesto que su resolución sirva de acicate para abordar otros más complejos o de más larga resolución.

Formulación de objetivos

Objetivos para los problemas de colaboración (PC)

Para la prevención o resolución de estos problemas no depende únicamente de la actuación de la enfermera, por lo que en el momento de formular los objetivos, hay que prestar especial atención a no identificar resultados cuya consecución no está a nuestro alcance.

Los objetivos de cuyo logro podemos hacernos responsables están relacionados siempre con la instauración de las medidas necesarias para prevenir las complicaciones con la detección temprana de los signos y síntomas indicadores de su existencia, lo que permite informar al profesional adecuado de instaurar el tratamiento lo antes posible.

Objetivos para los diagnósticos enfermeros

Cuando se trata de diagnósticos de enfermería es necesario en todos los casos marcar objetivos claros que guíen la actuación de enfermera y que estén formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermera.

Áreas de los objetivos

Según el tipo de problema identificado, pertenecerán a una de las áreas siguientes:

- 1.- *Área cognoscitiva*, cuando se pretenda aumentar o completar los conocimientos que tiene la persona, o cambiar los conceptos erróneos por otros verdaderos.
- 2.- *Área Psicomotriz*: Cuando se desee la adquisición o perfeccionamiento de habilidades psicomotrices.
- 3.- *Área afectiva o volitiva*, cuando se persiga un cambio de sentimientos, actitudes o valores.

Determinación de intervenciones y actividades

Una vez identificados los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se van han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlo.

- 1.- *Intervención*: modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.
- 2.- *Actividades*: Conjunto de operaciones o0 tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención.

El papel de la enfermera diferirá cuando se trate de problemas de colaboración (PC) o de diagnósticos enfermeros (DxE).

Planificación en los problemas de colaboración

En los problemas de colaboración el responsable del resultado final es el profesional con el que colaboramos, él es quién tiene la autoridad y el control de la situación, es quién corresponde prescribir la intervención para reducir el problema, controlarlo o solucionarlo. Es éstos casos nuestro papel consiste en:

- 1.- Planificar y llevar a cabo las actividades de tratamiento y control que el usuario no pueda o no deba realizar por sí mismo.

2.- Aportar los elementos cognoscitivos necesarios y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del enfermo.

La actuación de la enfermera en los problemas de colaboración consiste en llevar a cabo, de forma inteligente, las prescripciones médicas que el enfermo no puede hacer, la determinación de actividades para los PC se centrará en:

- 1.- Aplicación de los tratamientos prescritos por el médico.
- 2.- Planificación de los cuidados que se deriven de la ejecución de tales prescripciones.
- 3.- Programación de medidas de control y vigilancia del estado del enfermo, respecto a la evolución de su situación patológica como a los efectos de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos; todo ello requiere de un alto grado de preparación teórica y práctica.

Planificación en los diagnósticos de enfermeros

Aquí, la responsabilidad del resultado final es de la enfermera quién, en consecuencia, tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va a seguir, para alcanzar los objetivos planeados.

Ejecución

Se destaca el protagonismo de la persona y la familia en la toma de decisiones y su participación de los cuidados, la adopción de un modelo repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas. Se determinarán las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identificarán nuevos problemas o avances. Consta de 3 pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Evaluación

Deba tenerse presente que está incluida en cada etapa, en forma de valoración continuada. El modelo adoptado dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios

para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación de la enfermera, lo que permite determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos y el curso de la posterior actuación. Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace basándose en los objetivos propuestos, ¿ se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas?, ¿ En que medida?, ¿ Se realizaron las actividades como estaban propuestas.?, ¿ Que cambios hay que introducir?.

El proceso enfermero constituye la base para la práctica profesional; permite salvar la distancia existente entre la abstracción de la imagen mental que la enfermera tiene de los cuidados, y la realidad de su servicio profesional; “el modelo nos dice cómo deben de ser los cuidados enfermeros; el proceso enfermero describe cómo debe organizarse”.

6.- EL PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES

Actualmente entendemos a la salud en un sentido humano integral, por lo mismo, si esta se pierde por la enfermedad, se pierde en todas sus dimensiones; biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, por lo tanto el paciente debe recibir un cuidado individual e integral.

Hay diferentes enfoques en los modelos de enfermería. El modelo humanista es desde el punto de vista el más accesible para ponerse en práctica en un medio de trabajo real y así poder valorar y evaluar resultados.

La adopción de un modelo influye en todas y cada una de las etapas del proceso enfermero.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas las etapas del método enfermero.

1.- En la etapas de Valoración y Diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, determina:

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la relación del modo de intervención adecuado a la situación y en la determinación de las actividades de enfermería.

3.- Por último en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados,

ya que según el modelo de Henderson la finalidad es ayudar al individuo a lograr su independencia en la satisfacción de sus necesidades con sus propias capacidades y recursos.

7.- PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo. El proceso de envejecimiento realmente inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo. Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, sin embargo no son problemas de salud, sino variantes anatómicas fisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible.¹⁷

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento se deben a cambios tisulares, a la reducción de masa muscular, orgánica y esquelética y la disminución del volumen de líquido extracelular, esos cambios son los responsables de la disminución del gasto cardíaco, la fuerza muscular, el flujo sanguíneo renal y la visión.

GERONTOLOGIA. Estudia el proceso de envejecimiento y los fenómenos que lo caracterizan. Participan disciplinas como la medicina, psicología, sociología, enfermería, antropología, bioquímica, farmacología y economía.

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado algunas teorías de enfoque biológico, como la teoría inmunitaria, de los radicales libres, la del estrés y

¹⁷ Babb, Pamela. Manual de Enfermería Gerontológico. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 1998. p.p. 733 - 736

la del error, entre otras. Asimismo, se han postulado teorías de enfoque social que tratan de establecer si el individuo es capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento, puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.

Con relación a las teorías sociales, en 1961, Cumming y Henry propusieron la teoría del compromiso o de la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre el y la sociedad. Esa teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca a sí misma.

En 1969, Havighurst postulo la teoría de la actividad, la cual afirma que la persona socialmente activa tiene mas capacidad de adaptación y que, salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez.

Esa teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la autorrealización y por lo tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano.

Abraham Maslow señala que la persona autorrealizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis.

El aspecto más común y universal de estas personas superiores es su capacidad para ver la vida claramente, es decir como es y no como quisiera que fuera. Son personas menos emocionales y más objetivas, poseen un alto grado de tolerancia y de aceptación, perciben su entorno contemplativo y decididamente. Maslow identifica que la característica universal de las personas autorrealizadas es la creatividad, casi sinónimo de salud autorrealización y completa humanidad, las personas que han logrado la autorrealización son menos inhibidas y en consecuencia, más expresivas naturales y sencillas. En el adulto mayor autorrealizado, el subconsciente es creativo, afectuoso, positivo y saludable.¹⁸

¹⁸ Babb, Pamela. Manual de Enfermería Gerontológico, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 1998, p.p. 737 - 738

ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD

Una de las esferas que más se ve afectada por el proceso de envejecimiento es la social, se recomienda que de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad, el adulto mayor que participó durante su vida en grupos de diversa índole y con distintos objetivos: familiares, escolares, deportivos, laborales, religiosos, políticos, filantrópicos, realizando en cada uno diferentes labores, continúe participando en ellos en medida en que sus condiciones de salud lo permitan.

Desafortunadamente un número considerable de sociedades occidentales se centran en los valores individuales, el concepto de productividad, de consumismo, de juventud, de belleza, de autorrealización y de vitalidad, rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo, se suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

En los países en desarrollo impera el mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento, la ancianidad hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a perder las facultades, aisladas, rígidas en sus actitudes, incapacitadas sexualmente o imposibilitadas de razonar ó recordar; no se debe excluir el hecho de que puedan atender al cuidado de su propia salud y disfrutar de una vida llena de satisfacciones.¹⁹

El envejecimiento es universal, la discapacidad no lo es ni tampoco es forzosamente irreversible, la discapacidad no es solo producto de procesos biológicos sino también factores sociales, psicológicos y de conducta.

El equipo de salud debe tratar de restaurar el equilibrio entre el adulto mayor y su entorno, ayudándole a desarrollar sus capacidades y potencialidades y reconociendo su experiencia, sabiduría utilidad y valor como ser humano.

La sociedad ejerce una gran influencia sobre el individuo durante su proceso de envejecimiento:

- El ambiente sociocultural y psicológico donde vive el adulto mayor.

¹⁹ Babb, Pamela. Manual de Enfermería Gerontológica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 1998, p.p. 738 - 741

- Los cambios que afectan su comportamiento y su auto percepción.
- La familia y los contactos sociales que le sirven de apoyo.
- La identificación con grupos étnicos o religiosos que le brindan apoyo social.
- El efecto del incremento de la población adulta mayor sobre la sociedad y
- La salud como determinante del bienestar.

Durante la vejez ocurren pérdidas biológicas, psicológicas y sociales que afectan y cambian progresiva o súbitamente el estilo de vida de las personas, por lo que la capacidad del adulto mayor se ve a veces comprometida por los frecuentes cambios sociales, físicos, económicos y laborales a los que están expuestos.

Las condiciones del ambiente físico y social en el que se desenvuelve la persona tienden a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Es necesario que la sociedad considere, reconozca y acepte al adulto mayor con los mismos derechos y deberes que los demás, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben de ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

CAMBIOS FÍSICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ

En la valoración de los cambios físicos que ocurren en la vejez se deben tomar en cuenta que la capacidad de reserva funcional está disminuida, y cuando esta se utiliza, el déficit aparece, también depende de las condiciones pre-existentes, del estilo de vida, de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Engrosamiento de las meninges.

- Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años).
- Disminución de los procesos dendríticos.
- Disminución de la sustancia blanca.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Aumento del tiempo de respuesta a reflejo.

Consecuencias de estos cambios

- Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto; puede observarse en algunos ancianos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.
- También puede observarse un enlentecimiento en la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.
- Estos cambios son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Cambios relacionados con el Envejecimiento:

- Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos.

Consecuencias de estos cambios:

- Existe una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.
- Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al golpe de calor.

- Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa de enfermedades.
- Existe disminución de la motilidad intestinal lo que puede producir constipación.
- Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

SENTIDO DE LA VISION

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.
- Depósitos lipídicos en la cornea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino.
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

Consecuencias de estos cambios

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lagrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

AUDICIÓN Y EQUILIBRIO

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Degeneración del órgano de corti.
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.

- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración.
- Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio.
- Excesiva acumulación de cerumen.
- Disminución en la producción de endolinfa.
- Degeneración de la células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencia de estos cambios

- Presbiacusia por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y la percepción, localización y disminución de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

OLFATO, GUSTO Y FONACIÓN

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia de las mucosas.
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de elasticidad en los músculos y cartílagos laringeos.

Consecuencia de estos cambios

- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
- Cambios en la voz.

SISTEMA LOCOMOTOR: MUSCULOS, HUESOS Y ARTICULACIONES

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras, aparentemente condicionado por desordenes metabólicos intrínsecos y por

desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).

- Osteoporosis.
- Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago
- Engrosamiento sinovial.
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencias de estos cambios

- Pérdida de masa muscular.
- Predisposición a calambres musculares.
- Predisposición para el desarrollo de hernias intra y extra abdominales
- Debilidad muscular.
- Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal.
- Xifosis.
- Disminución de la estatura.
- Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.
- Rigidez articular y predisposición al dolor.
- Disminución en la confianza y seguridad para la actividad.
- Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por el defecto visual no compensado.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Cambios en la mucosa oral.
- Cambios atróficos en la mandíbula.
- Atrofia de los tejidos blandos (encía).
- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa musculares.
- Reducción del tamaño del hígado.
- Disminución del transito intestinal.

Consecuencias de estos cambios

- Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.
- Problemas en la absorción de los alimentos.
- Constipación y diverticulosis.
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

SISTEMA RESPIRATORIO

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums.
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.
- Osteoporosis de la caja torácica.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.
- Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencias de estos cambios

- Capacidad vital disminuida.
- Deterioro de la difusión de oxígeno.
- Eficiencia respiratoria disminuida.
- Disminución en la sensibilidad y eficacia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Xifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax.
- Predisposición a la infección.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima.
- Incompetencia valvular venosa.

- Calcificaciones en las válvulas cardíacas.
- Rigidez de las paredes venosas.
- Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Deterioro de la microcirculación.

Consecuencias de estos cambios

- Dilatación y prominencia de la aorta.
- Presencia de soplos cardíacos.
- Predisposición a los eventos tromboembólicos.
- Disminución de la capacidad de actividad física.
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras troficas.
- Trastornos de la micro circulación periférica.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Engrasamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de neuronas.
- Atrofia de la mucosa vaginal.
- Laxitud de los músculos perineales.
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia.

Consecuencias de estos cambios

- Falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio.
- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de estos.

- Dispareunia en la mujer.
- Incontinencia urinaria.
- Aumento de la susceptibilidad a la infecciones.

PIEL

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencias de estos cambios

- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo.
- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.
- Placas seborreicas.
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación.
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.
- Prurito.
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

SISTEMA INMUNOLOGICOS

Cambios relacionados al envejecimiento:

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos.

Consecuencias de estos cambios

- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades auto inmunes y el cáncer.

SISTEMA ENDOCRINO

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencias de estos cambios

- Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos.
- Respuestas metabólicas lentas.
- Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.

8.- Hipertensión Arterial

La etiología de la hipertensión arterial primaria o esencial se desconoce. Es indudable que existen factores hereditarios que predisponen a los individuos a la hipertensión, pero no se ha aclarado el mecanismo exacto de su mecanismo.

La hipertensión es una enfermedad circulatoria común y un factor de riesgo para el anciano. En general, la presión sanguínea aumenta de forma gradual entre los 30 y los 70 años de edad. En concreto la presión diastólica aumenta gradualmente en el hombre hasta los 50 años de edad y en la mujer hasta los 60.²⁰ La presión arterial sistólica aumenta más en las mujeres y en mayor grado que la presión diastólica. Hay un ligero descenso de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica en hombres y mujeres, hacia los 70 años de edad. La hipertensión aumenta la tasa de aterosclerosis, aumenta el trabajo cardiaco y puede conducir a una insuficiencia cardiaca. Una presión arterial sobre 160 / 95 mmhg. Dobra el riesgo de muerte en el hombre y aumenta la mortalidad en la mujer. La hipertensión también aumenta la morbilidad. El aumento de la presión diastólica ocasiona cambios en el riñón, el corazón y la retina. La presión no tratada puede llevar a una pérdida completa de la función renal y ceguera. El aumento de la presión sistólica causa también problemas de memoria y pérdida de la capacidad para concentrarse, que se deben tanto a la hipertensión como a los medicamentos empleados para tratar la hipertensión. El diagnóstico de hipertensión se basa en lecturas de la presión arterial por encima de 130 / 90 mmhg. ó un 30 % más de las cifras tensionales habituales.

Al lado de los cambios fisiológicos normales del anciano, los factores de riesgo para la hipertensión son: Edad, presencia de diabetes, obesidad, y hábitos insanos. Los procesos patológicos que contribuyen a la hipertensión arterial comprenden la anemia grave, la estenosis de la arteria renal, los cambios hormonales en el sistema renina angiotensina y los tumores de la glándula suprarrenal.

Los signos y síntomas de la hipertensión arterial son muy variados, desde la ausencia total de los síntomas hasta pérdida de memoria, epistaxis, temblores

²⁰ Robert Berkow, M.D. y Cols. El Manual Merck, 9na ed, Ed. Océano, España 1994 p.p. 456 - 460

lentos, náuseas y vómitos. El objetivo del tratamiento consiste siempre en descender gradualmente la presión arterial. Para evitar el síncope y las caídas asociadas con la hipertensión, el tratamiento consiste por lo general, en una reducción de sodio de la dieta, un programa de ejercicios, medicamentos y abandono del hábito de fumar.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO

RESUMEN

DATOS GENERALES

Nombre: E A F Edad: 72 años Sexo: Fem. Edo. Civil: Viuda

Religión: Cristiana Originaria: D F

Escolaridad: 3º de prim. Ocupación: Hogar

Diagnostico Medico: Hipertensión Arterial Sistémica

Tratamiento: Enalapril 5 mg. cada 12 hr. y dieta hiposódica

Actualmente vive en el Estado de México, con hija de 34 años e hijo de 36 años solteros.

VALORACIÓN FÍSICA ACTUAL

SIGNOS VITALES

T/A: De 90 / 60 a 130-140 / 80 - 90 mmhg. Temp. 36.2°C Pulso: 64 x min.

FR : 16 x min.

OXIGENACION

En ésta necesidad en necesario valorar los sistemas respiratorio, cardiaco, vascular periférico y neurológico si compromete a los sistemas anteriores, ya que con el correcto funcionamiento de estos se garantiza el aporte y manejo adecuado de gases como el oxígeno y bióxido de carbono en el organismo; con la finalidad de conocer el origen del problema.

Persona con vía aérea permeable, con respiración espontánea, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos agregados.

Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos, pulsos distales regulares de intensidad normal, llenado capilar instantáneo, con buena coloración de tegumentos, hemodinámicamente estable, en ocasiones refiere cefalea frontal intensa con varias horas de duración para lo cual toma Ácido acetil salicílico (ASA) con una mínima mejoría, corresponde a toma de tensión arterial de 130-140 / 70,

80, 90 mmhg. Se ha observado tendencia al aumento de la presión sistólica. Anteriormente presentaba T / A de 90 -100 / 60 mmhg.

Se observan varices en ambas piernas principalmente en la parte posterior de ambas piernas y refiere sensación de pesantez por la tarde noche.

Neurologicamente se encuentra íntegra orientada en tiempo, espacio y persona, con Glasgow de 15 puntos.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Conocimientos y fuerza psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

- 1.- Falta de conocimientos
- 2.- Falta de fuerza psíquica

Modo de intervención

- 1.- Aumentar los conocimientos sobre su padecimiento
- 2.- Ya con los conocimientos, aumentar y reforzar el cambio de actitudes en beneficio de su salud.

NUTRICION E HIDRATACION

Peso 50.400 Kg. Talla 1.47 mt. De constitución muy delgada.

Se observan mucosas orales hidratadas, piel hidratada íntegra, los hábitos de ingesta de líquidos son aprox. De 750 ml en 24 hr, la orina en la mayoría de las veces concentrada, los hábitos dietéticos que mantiene satisfacen su apetito, en ocasiones refiere anorexia, no existe modificación en el consumo de sal.

Tiene problemas para masticar alimentos de consistencia dura, por tener prótesis dentales y su ingesta es lenta.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr la independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Conocimientos, fuerza psíquica y voluntad

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención.

- 1.- Falta de conocimientos
- 2.- Falta de fuerza psíquica
- 3.- Falta de voluntad

Modo de intervención

- 1.- Aumentar los conocimientos sobre sus hábitos alimenticios que favorecen su salud.
- 2.- Reforzar la fuerza psíquica para el cambio de actitudes y decisiones que mejoren su salud.
- 3.- Reforzar la voluntad para que lleve sus medidas dietéticas y farmacológicas el resto de su vida.

ELIMINACION

Abdomen blando depresible, globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis normal. En ocasiones refiere dolor tipo punzante en recto y ha notado disminución de la luz del esfínter anal, por lo que sus heces son adelgazadas.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independenciam

FUENTE DE DIFICULTAD

Falta de conocimientos

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

- 1.- falta de conocimientos

Modo de intervención

- 1.- Aumentar los conocimientos con respecto a sus hábitos dietéticas que mejoren su patrón de eliminación.

MOVERSE Y MANENER BUENA POSTURA

La Sra. Esther refiere poder hacer todas sus actividades cotidianas del hogar sin problemas, pero últimamente y cada vez con mayor frecuencia refiere dolor en el 5to.dedo de ambos pies y articulación del codo izquierdo por degeneración de la articulación por el envejecimiento, mismos que la imitan de manera temporal.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza física

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

Modo de intervención

Aumentar su fuerza psíquica, en la toma de decisión, para la realización de ejercicio aeróbico, para mejorar su salud.

DESCANSO Y SUENO

La Sra. Esther refiere siempre y o la mayoría de las veces terminar cansada al final del día, por sus múltiples actividades en el hogar y actualmente no refiere tener problemas para conciliar el sueño, aunque últimamente duerme menor numero de horas por la noche, y en ocasiones durante el día tiene somnolencia.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza Psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

Modo de intervención

1.- Aumentar su fuerza psíquica en la toma de decisiones, para incluir o modificar sus hábitos de descanso.

EVITAR PELIGRO

La paciente refiere no llevar un buen control médico de manera periódica con el medico tratante, solo cuando se siente mal.

Constituye un riesgo para su salud, la no existencia de barandal en las escaleras, y el uso de veladoras en su domicilio y las alteraciones de la memoria a corto plazo. Ha olvidado en dos ocasiones cerrar las llaves de gas de la estufa.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

1.- Fuerza psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

Modo de intervención

1.- Aumentar los conocimientos sobre las desventajas de los malos hábitos alimentarios

2.- Aumentar sus conocimientos sobre la importancia del control medico especializado

TRABAJAR, REALIZARSE Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

La Sra. Esther refiere tener un horario extenuante de trabajo de 6 am. a 9 pm. Por lo que siempre termina su día cansada y no destina tiempo a realizar ninguna actividad recreativa o física que mejore su salud. Sus distracciones son leer un poco, escuchar radio, ver televisión y bordar en ocasiones.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza Psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

Modo de intervención

1.- Reforzar su fuerza psíquica en la toma de decisiones, para modificar su patrón de actividad y no repercuta de manera negativa en su salud.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.- Alteración de la perfusión tisular

Relacionada con compromiso de los mecanismos reguladores de la tensión arterial **Manifestada por** elevaciones de la tensión arterial 130, 140 / 80, 90 mmhg. Cefalea frontal intensa, sensación de angustia, cefalea matutina y malestar general.

Definición

Alteración de la perfusión tisular

Alteración de los mecanismos reguladores del sistema renina – angiotensina – aldosterona, comprometiendo la circulación a órganos preferenciales.

Objetivo de la persona

- Que la Sra. Esther mantenga cifras tensionales normales, por medio del cumplimiento del plan de cuidados para elevar su nivel de vida.

Objetivo de la Enfermera

- Lograr que la Sra. Esther y su familiar lleve a cabo el cumplimiento de su plan de cuidados para un mejor control de la tensión arterial y evitar posibles complicaciones y mantener un buen nivel de vida en su vejez.

2.- Riesgo potencial de sufrir: Hemorragia retinal, accidente cerebro vascular hemorragia cerebral e insuficiencia cerebral.

Relacionado con deterioro de los mecanismos reguladores de la tensión arterial por enfermedad crónico degenerativa provocando lesión endotelial en órganos diana.

Cuidados de Enfermería

1. Explicar a la Sra. Esther y su familia los aspectos más relevantes sobre la fisiopatología de la hipertensión, utilizando términos sencillos y comprensibles; explicar los efectos de una continua hipertensión (complicaciones) sobre el cerebro, corazón, riñón y ojos.
2. Enseñar su hija a tomar la tensión arterial y llevar un registro por lo menos una vez por semana.
3. Explicar la relación entre los factores nutrientes y en control de la tensión arterial, el consumo de sal de 2 a 5 gr. por día y alimentos que contienen gran aporte de sodio.
4. Explicar a la persona y a su hija consideraciones sobre la medicación prescrita: Dosis, Acción, Efectos Secundarios, Precauciones.
5. Explicar que es necesario modificar su dieta con respecto al consumo de sal.
6. Explicar la importancia del seguimiento del plan de cuidados, régimen terapéutico y del chequeo médico continuo.
7. Enseñar a la persona y a sus hijos los síntomas de alarma: cefalea al despertar, dolor torácico, falta de aire, aumento de peso o edema, cambios visuales, sangrado nasal frecuente, hemorragia retinal y efectos secundarios del fármaco.
8. Sugerir la toma de estudios de laboratorio y gabinete: glucosa, Urea, creatinina, Ácido úrico y perfil de lípidos colesterol total y triglicéridos. Placa de rayos x de tórax y electrocardiograma.

Evaluación

- La Sra. Esther y su hija comprenden y son capaces de explicar los principales aspectos de la hipertensión, las complicaciones y los síntomas de alarma, se realiza un apunte para que lo consulten en caso de olvido.

- ☒ Conocen los efectos que tiene restricción de sodio en su dieta, pero solo se compromete a no poner sal adicional a la comida ya preparada y no consumir alimentos que contengan alto contenido de sodio.
- ☒ La Sra. Esther y su familia conocen los efectos terapéuticos del fármaco y sus efectos secundarios,
- ☒ Su hija aprendió a tomar la presión arterial correctamente y llevar un registro.
- ☒ Se canaliza a especialista para la toma de estudios de laboratorio y gabinete y su chequeo médico.

Resultados : Glucosa 89 mg/dl, Urea 31.1 mg/dl., Ac. Úrico 5.4mg/dl, Creatinina 0.71 mg/dl.

Perfil de lípidos: Colesterol total 168 mg/dl., Triglicéridos 72 mg/dl.

Placa de Rayos X: Muestra silueta cardiaca normal, sin datos de cardiomegalia.

Electrocardiograma : Muestra arritmia sinusal, sin alteraciones hemodinámicas.

Por lo que su médico, le envía estudio de Holter para conocer el tipo de arritmia y determinar el tratamiento.

El día 16 de Octubre presenta hipertensión de 130/90 mmhg., con sensación de angustia y desesperación, malestar general, y cefalea por lo que el médico reajusta la dosis de Enalapril a 10mg. cada 12 horas y presentando cifras de 100, 90 / 70,60 mmhg.

En el resultado de holter se muestra arritmia sinusal, que se relacionan con periodos de angustia y durante el sueño no existen alteraciones. Le prescriben amiodarona 1 tab. Cada 24 hr., y se da información sobre los efectos y reacciones adversas del nuevo fármaco.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.- Alteración de la nutrición por defecto

Relacionada con dificultades para masticar y mucosa oral alterada por la presencia de prótesis dentales totales, y disminución del gusto.

Manifestadas por Dificultad para masticar alimentos duros y mayor tiempo para ingerir sus alimentos, y periodos de anorexia.

Definición

Estado en el que un individuo puede experimentar una ingesta de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas.

Objetivo de la persona

- Que la Sra. Esther se le facilite la ingestión de alimentos, para mejorar su calidad de vida.

Objetivo de la enfermera

- Mantener en la persona una ingesta adecuada a sus necesidades calóricas y mantener la integridad de la mucosa oral.

Cuidados de enfermería

1. Orientar a la Sra. Esther sobre la limpieza de las prótesis dentales con cepillo fuerte y rígido después de cada comida y la utilización soluciones de agua con lejía o vinagre para su limpieza durante la noche.
2. Explicar a la Sra. Esther y su familia la importancia del aumento de líquidos para prevenir la deshidratación, tipo de líquidos (Té, leche descremada, agua de frutas y jugos) , cantidad (1.5 a 2 lt. al día) y horarios (disminuir la cantidad de líquido durante la noche), asimismo un aporte adecuado de líquidos y fibra favorecerá la evacuación.
3. Determinar las preferencias de alimentos y satisfacerlas.
4. Orientar sobre la preparación de los alimentos de manera que sean fáciles su masticación (alimentos cocidos, hervidos, rayados).
5. Orientar sobre la combinación, utilización de condimentos y presentación de alimentos, para estimular el gusto.

6. Utilización de adhesivos en las prótesis dentales, para mejorar su fijación y disminuir la lesión de la mucosa por roce de las prótesis.
7. Sugerir la consulta al odontólogo para reajustar sus prótesis o cambiarlas.
8. Ofrecer cantidades pequeñas de alimento, alimentos separados, con mayor frecuencia, servir los alimentos calientes y que el olor sea agradable para estimular su apetito.
9. Toma de peso y talla mensual para un mejor control.
10. Toma de muestras de laboratorio: Proteínas, BH linfocitos, Lípidos colesterol triglicéridos, QS glucosa, TP, TPT.

Evaluación

- Con el uso del adhesivo de pasta en la prótesis dental, mejoró de manera temporal la masticación y posteriormente acudirá al odontólogo para el ajuste de sus prótesis.
- Su hija y ella misma han puesto mayor énfasis en la preparación de alimentos que le resultan fáciles en la masticación y más atractivos para estimular su gusto y apetito, asimismo incluir todos los grupos de alimentos (1600 kcal al día Aprox.) y han adquirido complementos nutricionales, para mejorar el estado nutricional.
- El peso en relación a la talla se considera normal, asimismo los estudios de laboratorio son normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

4.- Trastorno de la movilidad física

Relacionada con la degeneración de articulaciones por envejecimiento

Manifestada por dolor e inflamación en el 5to dedo en ambos pies y en los dedos de ambas manos, dolor al movimiento y rango de movimiento limitado del codo izquierdo de manera ocasional.

Definición

Estado en el que el individuo experimenta limitación de la capacidad de movimiento físico independiente.

Objetivo de la persona

- Que la Sra. Esther mejore su movilidad física por medio de ejercicios pasivos que le permitan retrasar o disminuir la deformación ósea.

Objetivo de la enfermera

- Mantener en la Sra. Esther un nivel funcional óptimo.

Cuidados de Enfermería

1. Enseñar a la Sra. Esther y a su hija a realizar ejercicios con cada articulación dentro de su amplitud normal de movimiento una o dos veces por semana.
2. Para la realización de tareas en su hogar siempre que sea posible las realice sentada.
3. Evitar mantener las articulaciones en una misma posición durante periodos prolongados.
4. Enseñar a su hija la utilización de masajes y tratamientos de frío / calor, para el dolor y la rigidez.

Evaluación

- ☒ Pese al grado de deterioro físico de las articulaciones, la Sra. Esther mantiene la funcionalidad de todas sus articulaciones, lo que le permite llevar a cabo todas las actividades de su vida cotidiana.
- ☒ Su hija acuerda con la Sra. Esther realizar ejercicios, dar masaje por lo menos una vez por semana, asimismo en caso de dolor aplicar compresas húmedo calientes en las articulaciones inflamadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

5.- Déficit de actividades recreativas

Relacionada con jornadas de trabajo extenuante

Manifestada por Fatiga crónica, cansancio, tensión muscular en cuello y hombros al final del día.

Definición

Estado en el que un individuo experimenta disminución del estímulo, el interés o participación en actividades recreativas

Objetivo de la persona

- Que la Sra. Esther modifique su actividad diaria de tal manera que permita la inclusión de actividades relajantes y o de distracción.

Objetivo de la enfermera

- Proporcionar a la Sra. Esther y la familia orientación y favorecer la reflexión de la importancia de la inclusión de las actividades recreativas en su vida diaria.

Cuidados de Enfermería

1. Explicar la importancia y beneficio de realización de ejercicio ligero al aire libre, como método de reducción del estrés, favorece el movimiento y amplitud de las articulaciones, flexibilidad, reduce la presión arterial y potencializa la fuerza músculo esquelético. Se considera conveniente al menos 30 min. Al día dos o tres veces por semana, actividades como caminar.
2. Explicar a la Sra. Esther y su familia los signos y síntomas de esfuerzo físico para disminuir la actividad física, en ese caso reducir el ritmo o reposar.
3. Planificar en su rutina diaria periodos de siesta, descanso y relajación por medio de ejercicios respiratorios y tensar y relajar los músculos.

4. Hablar con la familia sobre la posibilidad de incluir a otra persona para la realización de tareas en el hogar y disminuir la carga de trabajo de la Sra. Esther.
5. Estimular en la Sra. Esther la realización de actividades que le resulten agradables como bordar, pasear, compras, viajar, ver televisión, escuchar, radio, leer temas de interés para ella y la participación de la familia en éstas actividades.

Evaluación

- Hasta el momento la Sra. Esther ha realizado ejercicio físico (caminar y ejercicios de flexibilidad) en dos ocasiones, en las cuales comenta haberse sentido bien y relajada, por lo que considera llevar a cabo una rutina de ejercicio e incluir periodos de descanso siempre que le sea posible.
- La Sra. Esther comenta que ha decidido realizar más a menudo actividades de su interés para distraerse, le regalé un libro sobre información sobre los cuidados integrales en la vejez, con un lenguaje sencillo; lo que le parece muy interesante y ya ha iniciado su lectura.
- Con respecto a las tareas del hogar la familia se compromete a participar más en ellas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

6.- Riesgo de lesión

Relacionado con Deterioro de la memoria a corto plazo y disminución del sentido del olfato por envejecimiento.

Definición

Estado en el que el individuo presenta riesgos de lesión como resultado de condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativos y defensivos del individuo.

Objetivo de la persona

- Mantenerse alerta durante la realización de tareas para no sufrir accidentes

Objetivo de la enfermera

- Favorecer la seguridad y facilitar las relaciones sociales a fin de disminuir el riesgo de sufrir accidentes

Cuidados de enfermería

1. Hacer conciencia sobre la importancia de que una persona cercana compruebe periódicamente la presencia de alimentos en mal estado o de olores desagradables (Gas) en el entorno y establecer una rutina diaria de vigilancia.
2. Sensibilizar a la familia sobre los peligros que conlleva la disminución del gusto, olfato, visión, tacto y fuerza muscular, pues aumenta el riesgo de caídas, quemaduras e intoxicación.
3. Sugerir a la Sra. Esther realizar sus tareas con movimientos calmados y ser conciente de los posibles peligros que implica, para ayudar a prevenir accidentes.
4. Asegurar que su casa esté bien ventilada
5. Disponer de números de emergencia, familiares, vecinos que estén al tanto de la persona en caso de necesitar ayuda.
6. Ejercitar la memoria de la Sra. Esther por medio de juegos de mesa, intentar aprender algo nuevo cada día, leer y memorizar, utilizar bloc de notas.

Evaluación

- ☒ Se logra crear conciencia en la familia, sobre la vigilancia que deben mantener para evitar accidentes, lo cual resulta fácil por que su hija vive al lado de su casa y desayunan y comen juntas, al tiempo que muy frecuentemente revisa las actividades que realiza la señora Esther.

- ☒ Se inician los ejercicios para ejercitar la memoria, pero aún es poco tiempo para evaluar los logros, aunque existe un poco de dificultad para realizarlos.
- ☒ También realizan agenda telefónica con números de emergencia, familiares y amigos en caso de requerir ayuda.

V. CONCLUSIONES

Al realizar el proceso de enfermería, nos lleva a poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos, hacer una reflexión sobre la práctica profesional, el objeto de estudio de la enfermera y consolidar la identidad profesional, al tiempo que destacamos la importancia de la profesión de enfermería y su impacto en la sociedad. El proceso de enfermería aplicado a una adulta mayor con alteración de sus necesidades fundamentales, es necesario profundizar en el proceso de envejecimiento y valorar las respuestas humanas de la persona, así como planificar la serie de intervenciones que nos van a permitir brindar los cuidados especializados, específicos e individualizados lo que garantiza la calidad de atención que se brinda a la persona, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida, sin embargo es importante reconocer, que el tiempo que se emplea para la realización de éste trabajo es muy considerable, por lo que me parece difícil, que la enfermera lo lleve a cabo con la misma profundidad de manera cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

- ☒ A.S. Staab, “ Enfermería Gerontológica”, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998 España, 479 pág.
- ☒ Ann Mariner Tomey, “Modelos y teorías” en enfermería, Ed. Mosby, 5ta. Edición, España 2003, pág.
- ☒ Carlos D’Hyver, “ Manual clínico de Geriatría “, Ed. JGH Editores, 1999 México, 212 pág.
- ☒ García González Ma. de Jesús, “El proceso de enfermería” y el modelo de Virginia Henderson”, 1ª edición, Editorial Proceso, México 1997, 230 Pág.
- ☒ Luis Gutiérrez, “Mayores con Salud”, Ed. TVE Integral, 1ª. Edición 1999, Barcelona España, 160 pág.
- ☒ Ma. De Jesús García González, “El proceso de enfermería “ y el modelo de Virginia Henderson, Ed. —, 1ª edición, México 1997, pág.
- ☒ Manuel Quitanilla Martínez “ Curso de Enfermería Geronto- Geriátrica ”, ISSSTE tomo 1 y 2, Ed. Monsa, Barcelona España, Tomo I y II 558 pág.
- ☒ Maria Teresa Luis Rodrigo, “De la teoría a la práctica” El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Ed. Masson, 2da. Edición, Barcelona España, Año 2000, 187 pág.
- ☒ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), “ Diagnósticos Enfermeros : Definiciones y Clasificación “ 2003 – 2004, Ed. Harcourt, Madrid España, pág. 264.
- ☒ Rosalinda Alfaro, “Aplicación del proceso de enfermería”, Ed. Mosby / Doyma Libros, 2da. Edición, 1992 España, pág.
- ☒ Suzanne Kérovac, “El pensamiento enfermero”, Ed. Masson, 1ª ed, 1996, reimpresión 2002, Barcelona España, 147 pág.

ANEXOS

INSTRUMENTO VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

NOMBRE **EFA** EDAD **72 años** SEXO **Femenino** ESTADO CIVIL **Viuda**
RELIGIÓN **Católica** ORIGINARIA DE: **Distrito Federal** ESCOLARIDAD
Tercero de primaria OCUPACIÓN **Hogar**

OBJETIVO DE SALUD: Pese al grado de deterioro físico, cognitivo o emocional lograr un nivel funcional óptimo y su bienestar

HOSPITALIZACIONES PREVIAS **Si, en dos ocasiones** MOTIVO DE INGRESO
1ª Vez, para ser operada por cistocele en 1976.

2ª ocasión para ser operada de Hemorreidectomia en 1981

FARMACOS QUE TOMA ACTUALMENTE **ENALAPRIL 5 mg cada 12 hr.**

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA **36 ° C** PULSO **64 x min** RESPIRACIONES POR MINUTO
16 x min

TENSIÓN ARTERIAL **110/60 mmhg** TENSIÓN ARTERIAL MEDIA **73 mmhg**

1. OXIGENACIÓN

ESTILO DE VIDA **Activa**

ACTIVIDADES QUE REALIZA EN EL DÍA **Labores propias del hogar, lavar ropa, trastes, aseo del piso, de los baños, preparación de alimentos, realización de compras de víveres, despensa para la casa.**

REALIZA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS **sin fatigarse**

CARACTERÍSTICAS DEL PATRÓN RESPIRATORIO **Se observa patrón respiratorio normal, campos pulmonares bien ventilados.**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL **Si DESDE Noviembre del 2003**

PRESENCIA DE VARICES **Se observan varices en ambas piernas de predominio en la parte posterior**

SINTOMATOLOGIA Sensación de pesantez por las noches

ELECTROCARDIOGRAMA Si

FECHA DEL ÚLTIMO Hace un año en mayo del 2003

RESULTADO Electrocardiograma normal CIFRAS MÁXIMAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE HA PRESENTADO 180 / 110 mmhg

SINTOMATOLOGÍA Sensación de desesperación, angustia.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA SU CONTROL Toma enalapril 5 mg VO cada 12 hr.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Conocimientos y fuerza psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

- 1.- Falta de conocimientos
- 2.- Falta de fuerza psíquica

MODO DE INTERVENCIÓN

- 1.- Aumentar los conocimientos sobre su padecimiento
 - 2.- Ya con los conocimientos, aumentar y reforzar el cambio de actitudes en beneficio de su salud.
-

2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

COMO HA SIDO SU ALIMENTACIÓN A LO LARGO DE SU VIDA En sus primeros años de vida

de 3 a 17 años, fue escasa en cantidad consumía frijoles, nopales, tortillas, ranas, hongos, gusanos de maguey, caracoles y café de olla.

NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA dos veces al día.

Posterior de los 17 años, consumía todo tipo de alimentos, verduras, pescado, pollo, frutas, frijoles, arroz, café y agua de frutas.

ACTUALMENTE

HORARIO Y NÚMERO DE COMIDAS HABITUALES EN EL DÍA **Desayuno a las 9 hr, Comida a las 15 hr, Cena de 20 a 21 hr. (No siempre)**

CANTIDAD Y TIPO DE LIQUIDOS QUE INGIERE AL DÍA

Desayuno: Café, pan, tortilla, frijoles, huevo, arroz.

Comida: Arroz, sopas de verduras, pastas, guisados, carnes con verduras, frijoles, tortillas, agua de frutas.

Todo el alimento en cantidad moderada.

Cena: Café, pan, taco de guisado.

PREFERENCIAS O DESAGRADO DE ALIMENTOS **No le agradan las cosas muy dulces y tiene intolerancia a la leche y productos lácteos.**

PESO 50.400 Kg TALLA 1.47 mt INDICE DE MASA CORPORAL 34.2

SUPLEMENTOS DE LA ALIMENTACIÓN Ocasionalmente toma complementos vitamínicos ensure, antioxidantes, vitamina e, lactobacilos, al principio de su enfermedad utilizo suplementos de sal, pero no le agrado su sabor y ya no los consume.

CONOCIMIENTO DE ALIMENTOS QUE FAVORECEN O NO LA DIGESTIÓN

Casi no consume leche ni lácteos, los sustituye por leche en polvo, lactobacilos o leche deslactosada. Las leguminosas como los frijoles le producen aumento de gases y los consume con regularidad.

PRESENCIA DE NAUSEAS No VOMITO No INDIGESTIÓN No HIPERACIDEZ No

BOCA

CAPACIDAD PARA MASTICAR Esta limitada por las prótesis dentales DEGLUCIÓN Normal PROTESIS DENTAL Si, completa DESDE QUE FECHA 1968.

MUCOSA ORAL

LENGUA: HIDRATADA Si ULCERADA No INFLAMACIÓN No

ENCIAS

COLOR **Rosado** EDEMA **No** HEMORRAGIA **No** DOLOR **e inflamación local**

DIENTES

TIPO DE PROTESIS **Prótesis completa movable.**

DIFICULTADES CON LAS PROTESIS **Refiere que en ocasiones la parte inferior de la lengua se lesiona con los dientes inferiores de la prótesis, y la cuesta trabajo comer alimentos duros y carnes.**

LABIOS

COLOR **Café claro** HIDRATADA **Si** GRIETAS **En las comisuras labiales**

NÚMERO DE MICCIONES AL DÍA **3 veces aprox.**

CONCENTRADA **En ocasiones** DILUIDA **No** NORMAL **Si**

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr la independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Conocimientos, fuerza psíquica y voluntad

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención.

- 1.- Falta de conocimientos
- 2.- Falta de fuerza psíquica
- 3.- Falta de voluntad

MODO DE INTERVENCIÓN

- 1.- Aumentar los conocimientos sobre sus hábitos alimenticios que favorecen su salud.
- 2.- Reforzar la fuerza psíquica para el cambio de actitudes y decisiones que mejoren su salud.
- 3.- Reforzar la voluntad para que lleve sus medidas dietéticas y farmacológicas el resto de su vida.

3.-ELIMINACIÓN

FRECUENCIA CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS EN 24 HORAS DE: heces

Evacua 2 veces al día 1ª evacuación entre las 4 y 6 am. y la 2da evacuación entre las 11 y 12 am. de características normales ORINA: **3 veces al día**

ARDOR O DOLOR AL EVACUAR **No** AL ORINAR **No** ESTREÑIMIENTO

Ocasional HEMORROIDES **No** FECHA DE CIRUGIA **En 1981**

REINCIDENCIA **No**

UTILIZA ALGUN FARMACO O ALIMENTO PARA FACILITAR LA EVACUACIÓN

No PROBLEMAS DE: URGENCIA URINARIA **No** RETENCIÓN **No**

INCONTINENCIA **No** INFECCIONES **No**

INTESTINAL

DOLOR **En ocasiones tiene dolor tipo punzante en el recto** INFLAMACIÓN

No

DIARREA **No** FLATULENCIA **Con alimentos lácteos y leguminosas.**

PATRON DE PERISTALTISMO **normal de 5 a 8 ruidos peristálticos por minuto**

DISTENSIÓN ABDOMINAL **No**

CONSUMO DE ALIMENTOS QUE MODIFICAN LOS HABITOS DE ELIMINACIÓN

No.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Falta de conocimientos

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de conocimientos

MODO DE INTERVENCIÓN

1.- Aumentar los conocimientos con respecto a sus hábitos dietéticas que mejoren su patrón de eliminación.

4.-MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

PATRONES DE ACTIVIDAD: Realiza todas las actividades del hogar sin dificultades.

TIEMPO LIBRE No PATRONES DE EJERCICIO Ninguno

TIPO DE CALZADO QUE UTILIZA De piso amplio y cómodo

LIMITACIÓN PARA LA DEAMBULACIÓN No DOLOR MUSCULAR Si, en espalda y pies por tensión o por cansancio.

INFLAMACION DE ARTICULACIONES Si en ocasiones

ARTRITIS No

DEFORMACION OSEA Si en ambos pies en el quinto dedo y en el codo izquierdo.

MANO DOMINANTE: Derecha

TONO Y FUERZA MUSCULAR:

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: Ambos con tono y fuerza normal para su edad y sexo.

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza física

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

MODO DE INTERVENCIÓN

Aumentar su fuerza psíquica, en la toma de decisión, para la realización de ejercicio aeróbico, para mejorar su salud.

5.-DESCANSO Y SUEÑO

PATRONES DE REPOSO: Horas de sueño: 6 hr DÍA No NOCHE Si

SIESTA No

ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO POR ESTADOS EMOCIONALES: **No**
USO DE FARMACOS PARA DORMIR O ANSIOLÍTICOS: **No**
TOMA ALGÚN ALIMENTO O BEBIDA PARA FAVORECER EL SUEÑO: **No**
ALGÚN FACILITADOR DEL SUEÑO: MASAJE **No** RELAJACIÓN **No**
MÚSICA **No** LECTURA **No** TELEVISIÓN **No** RADIO **No**
AREA DONDE DESCANSA **En su habitación de 4 x 5 m2, cama matrimonial, con buena iluminación natural y artificial, buena ventilación, ropa de cama suficiente.**
ROPA QUE UTILIZA PARA DESCANSAR **Duerme en camión o fondo con calcetines.**
NÚMERO DE ALMOHADAS QUE UTILIZA **Sola una y muy suave**
LUGAR Y FECHA DE SUS ÚLTIMAS VACACIONES **El 10 de Agosto de 2004 por dos semanas a la playa.**

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza Psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

MODO DE INTERVENCIÓN

1.- Aumentar su fuerza psíquica en la toma de decisiones, para incluir o modificar sus hábitos de descanso

6.-USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

TIPO DE ROPA QUE PREFIERE **Ropa de algodón, cómoda, fresca o abrigadora según la temporada, siempre usa suéter ligero para evitar la exposición directa al sol.**

NECESITA AYUDA PARA VESTIRSE O DESVESTIRSE: **No**

HABITOS SOBRE LA HIGIENE PERSONAL Y DEL VESTIDO: **Realiza cambio total de ropa cada 3 a 4 días**

TIENE RECURSOS ECONÓMICOS PARA VESTIR COMO PREFIERE: **Si, proporcionada por sus hijos**

CADA CUANDO ES EL CAMBIO DE ROPA INTERIOR: **Diario**

NO EXISTE DIFICULTAD

7.-TERMORREGULACIÓN

TIPO DE CLIMA EN EL QUE VIVE **Templado vive en estado de México, hacia el norte**

TIPO DE CONSTRUCCION DE VIVIENDA **De cemento y ladrillo**

LA VIVIENDA LA CONSIDERA : FRIA **En invierno** CALUROSA **No FRESCA En verano**

SE PROTEGE EN LOS CAMBIOS CLIMATICOS: **Si, siempre**

TIENE SENSIBILIDAD EXTREMA AL FRÍO O AL CALOR: **No**

INGIERE ALIMENTOS MUY FRIOS O MUY CALIENTES: **Anteriormente tomaba los alimentos muy calientes, actualmente templados**

NO EXISTE DIFICULTAD

8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

HABITOS HIGIENICOS DIARIOS:

HIGIENE ORAL **Diaria 3 veces al día** HIGIENE FEMENINA **No**

ARREGLO PERSONAL **Si siempre procura verse bien, limpia y presentable**

LAVADO DE MANOS **Con mucha frecuencia**

BAÑO CORPORAL **Cada 3 o 4 días**

USO DE PRODUCTOS PARA LIMPIAR Y LUBRICAR LA PIEL **Utiliza jabón de baño normal, no lubrica su piel con ningún producto, por que no soporta la sensación grasosa en su piel.**

PIGMENTACIÓN **Morena clara** TEMPERATURA **36.2° C** TEXTURA **Suave**

TURGENCIA **Normal** LESIONES **No** CICATRICES **No**
PRURITO **No** EDEMA **No**
MUCOSAS ORALES : INTEGRAS **Si** HIDRATACIÓN **Si**

NO EXISTE DIFUCULTAD

9.- EVITAR PELIGRO

PRÁCTICAS O HABITOS QUE CONSTITUYEN PELIGROS PARA SU SALUD

CAFÉ **Si, descafeinado desde su enfermedad** FRECUENCIA DEL CONSUMO **diario en el desayuno y la cena** BEBIDAS **Consume refrescos 1 vez por semana de cola u otros.**

FRECUENCIA DEL CHEQUEO MÉDICO : ODONTÓLOGO **Solo cuando lo requiere por algún problema en su prótesis**

GERIATRA **Nunca** CARDIOLOGO **Lleva su control con un medico intensivista y en una ocasión visito al cardiólogo**

PRÁCTICAS PARA MEJORAR SU SALUD :

MANEJO DEL ESTRÉS **Pasear, viajar** ANSIEDAD **No**

TECNICAS DE RELAJACIÓN **Pasear, viajar**

AUTOEXAMEN DE MAMA FECHA CITOLOGÍA VAGINAL FECHA

EN EL HOGAR CARACTERISTICAS QUE CONSTITUYEN PELIGRO

TIPO DE PISO **Loseta de cerámica** ESCALERAS **20 escaleras para el primer piso** BARANDALES **Sin barandales** ILUMINACIÓN **Suficiente natural y artificial** VELADORAS **Si las coloca en la sala o el comedor, aparentemente sin riesgo de incendio**

PELIGRO AMBIENTAL **Existe un numero considerable de perros callejeros en la colonia, riesgo por contaminación por heces**

ALTERACIONES DE LA MEMORIA Si, últimamente ha olvidado en dos ocasiones ha dejado las llaves del gas abiertas por descuido y o olvido.
Tiene miedo que al salir ha realizar sus compras olvide su monedero

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

1.- Fuerza psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA: Centro de intervención

MODO DE INTERVENCIÓN

1.- Aumentar los conocimientos sobre las desventajas de los malos hábitos alimentarios

2.- Aumentar sus conocimientos sobre la importancia del control médico especializado

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

FACILIDAD PARA EXPRESAR SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS Considera que si **RELACIÓN CON LA FAMILIA Y CON OTRAS PERSONAS**

La relación con la familia es cordial, amorosa y de preocupación hacia ella

UTILIZACIÓN DE MECANISMOS DE DEFENSA: No

LIMITACIONES FÍSICAS QUE INTERFIEREN EN SU COMUNICACIÓN Tiene **disminución de la agudeza auditiva en oído derecho, pero no interfiere con su comunicación**

CONTACTOS SOCIALES Si **FRECUENCIA** diaria y semanal con los hijos que viven lejos **SATISFACCIÓN** Si

PARA ESTABLECER LA RELACIÓN UTILIZA:

CONFIANZA Si **RECEPTIVIDAD** Si **EMPATIA** Si **DISPONIBILIDAD** Si

NO EXISTE DIFICULTAD

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

RITO QUE PRACTICA DE ACUERDO A SU RELIGIÓN

Pertenece a la religión cristiana, tiene 5 años que no asiste a su reunión. Hacen reuniones los días domingos, donde se lee la Biblia y estudian sus enseñanzas, realizan la comunión de la cena.

FRECUENCIA CON LA QUE ACUDE AL RECINTO DE SU RELIGIÓN

De 5 años a la fecha no asiste a sus reuniones, por la lejanía de la casa de oración

VALORES QUE HA INTEGRADO EN SU ESTILO DE VIDA

El amor, respeto, solidaridad con sus semejantes

SE HA MODIFICADO SU PRÁCTICA O AFINIDAD A SU RELIGIÓN Y CREENCIAS

Ha pesar de que no ha asistido a sus reuniones, refiere estar en paz con ella misma y su dios por lo que no le causa sentimiento de culpa o angustia no asistir

CREENCIAS RELIGIOSAS SIGNIFICATIVAS EN ESTE MOMENTO

Siempre ha creído en Dios y piensa que si su actuar es justo y bueno, de igual forma recibe bendiciones, además que siempre reza y reza, por lo que se mantiene en comunión con Dios.

NO EXISTE DIFICULTAD

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

TIPO DE TRABAJO Actividades propias del hogar

HORAS DE JORNADA LABORAL De 6 AM a 8 PM hr. Aprox. o más

EL TRABAJO LE PROVOCA: SATISFACCION Si CANSANCIO Si

LA ENFERMEDAD HA LIMITADO SU ACTIVIDAD LABORAL

PSICOLÓGICO No

EMOCIONAL Solo cuando se siente mal

ECONÓMICO Tiene que considerar el gasto para la compra de su medicina

AUTOCONCEPTO

Se considera una persona responsable, trabajadora, acomodada, respetuosa y aun cuando se siente mal hace sus actividades del hogar.

CAPACIDAD DE DECISIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Siempre ha sido un poco insegura.

PROBLEMAS EN: OLFATO **No** GUSTO **Ha disminuido su percepción**
de los sabores en los alimentos TACTO **No**

MEMORIA **Últimamente olvida cosas recientes.**

ORIENTACIÓN **Si, en tiempo, lugar, persona y espacio**

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

Fuerza Psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA: **Centro de intervención**

1.- Falta de fuerza psíquica

MODO DE INTERVENCIÓN

1.- Reforzar su fuerza psíquica en la toma de decisiones, para modificar su patrón de actividad y no repercuta de manera negativa en su salud.

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

INTERESES **Le gusta mucho pasear y viajar**

PASATIEMPOS **Le gusta bordar, cocer, tejer, leer, ver televisión) telenovelas y programa de la naturaleza**

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE DESARROLLA EN SU TIEMPO LIBRE **No tiene tiempo libre**

ÚLTIMA VEZ QUE LAS REALIZO **Acostumbra bordar 3 o 4 veces por semana, televisión diaria y paseos una vez al mes**

EL USO DE SU TIEMPO LIBRE LE PROPORCIONA : **SATISFACCIÓN No tiene tiempo libre**

ROLL PROFESIONAL

Ayudar a lograr su independencia

FUENTE DE DIFICULTAD

1.- Fuerza psíquica

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Centro de intervención

1.- Falta de fuerza psíquica

MODO DE EINTERVENCIÓN

1.- Reforzar su fuerza psíquica en la toma de decisiones, para establecer en sus actividades cotidianas, las actividades recreativas para lograr mayor **satisfacción personal**.

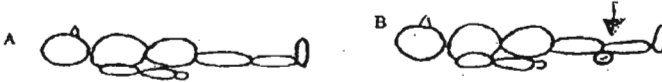
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.Q.D.
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

PROGRAMA DE EJERCICIOS DE RODILLAS

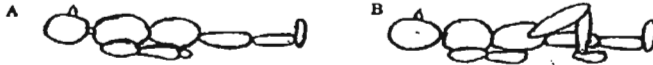
CTFE FERNANDO NIETO POZADAS

REALIZAR 10 VECES CADA EJERCICIO

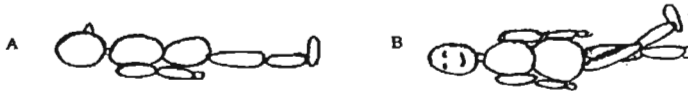
- 1.- A) POSICION INICIAL: ACOSTADO BOCA ARRIBA CON LAS RODILLAS ESTIRADAS.
B) COLOCAR UN ROLLO (TOALLA) BAJO LAS RODILLAS Y TRATAR DE APRETAR EL ROLLO SOBRE EL COLCHON DURANTE 15 o' 20 SEGUNDOS.



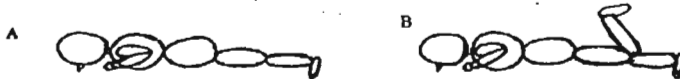
- 2.- A) POSICION INICIAL: ACOSTADO BOCA ARRIBA CON LAS RODILLAS ESTIRADAS.
B) DOBLAR UNA RODILLA Y REGRESAR. DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO * SI HAY MUCHO DOLOR HACER EL EJERCICIO DE LADO.



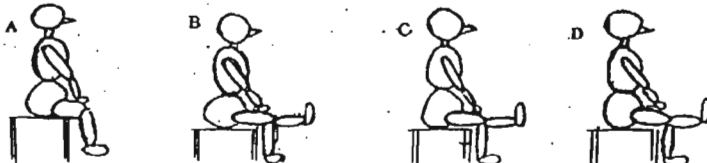
- 3.- A) POSICION INICIAL: ACOSTADO BOCA ARRIBA CON LAS RODILLAS ESTIRADAS
B) CRUZAR UNA PIERNA CON LA PUNTA DEL PIE HACIA DENTRO Y TRATAR DE ESTIRAR LO MAS QUE SE PUEDA .DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO.



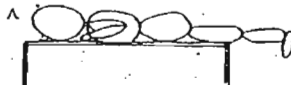
- 4.- A) POSICION INICIAL: BOCA ABAJO CON LAS RODILLAS ESTIRADAS.
B) DOBLAR UNA RODILLA Y REGRESAR. DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO



- 5.- A) POSICION INICIAL: SENTADO CON LAS MANOS APOYADAS EN LOS MUSLOS
B) ESTIRAR UNA RODILLA CON LA PUNTA DEL PIE HACIA ARRIBA Y REGRESAR (REPETIR 10 VECES). DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO.
C) ESTIRAR UNA RODILLA CON LA PUNTA DEL PIE HACIA DENTRO Y REGRESAR (REPETIR 10 VECES). DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO.
D) ESTIRAR UNA RODILLA CON LA PUNTA DEL PIE HACIA FUERA Y REGRESAR (REPETIR 10 VECES). DESPUES HACERLO DEL LADO CONTRARIO



- 6.- A) ACOSTADO BOCA ABAJO CON LAS RODILLAS ESTIRADAS Y LAS PIERNAS FUERA DEL COLCHON. MANTENER ESTA POSICION DURANTE 10 o' 15 MINUTOS



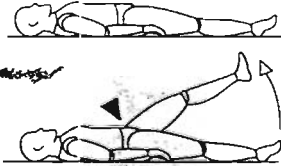
Miembro inferior: Cadera - Rodilla

1. POSICION:

Acostado boca arriba.

Con la rodilla estirada levanta una pierna lo más alto que pueda y bájeala, alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.

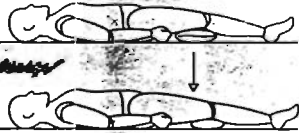


2. POSICION:

Acostado boca arriba.

Coloque un cojín pequeño debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo haciendo el esfuerzo con el muslo.

Repetir 20 veces con cada pierna.

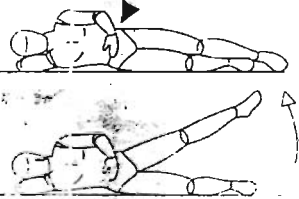


3. POSICION:

Acostado de lado.

Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elévela lo más que pueda sin doblar la rodilla.

Repetir 15 veces con cada pierna.

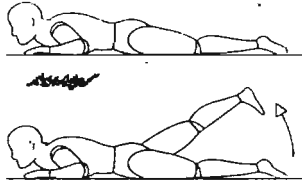


4. POSICION:

Acostado boca abajo.

Con la rodilla estirada levanta una pierna lo más alto que pueda haciendo el esfuerzo con el glúteo, bájeala y alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.

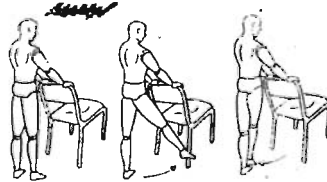


5. POSICION:

De pie.

Tomé con las dos manos el respaldo de una silla. Abra y cierre una pierna estirada cruzando por delante de la pierna que está estática.

Repetir 15 veces con cada pierna.

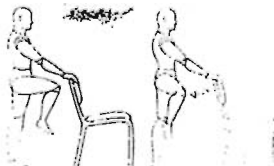


6. POSICION:

De pie.

Tomé con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y abra la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

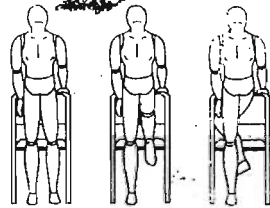


7. POSICION:

De pie.

Tomé con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

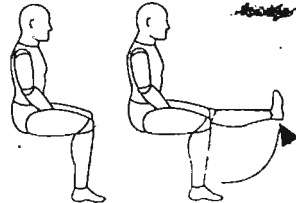


8. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.

Repetir 15 veces con cada pierna.

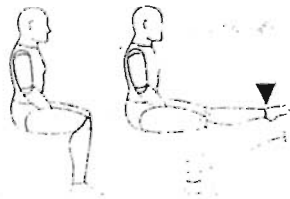


9. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia dentro.

Repetir 15 veces con cada pierna.





AREA VI

Atención de Rehabilitación

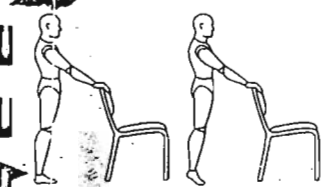


Miembro Inferior: Tobillo - Pie

Material: Una funda para almohada.

1. POSICION:

De pie. Sosténgase del respaldo de una silla con las dos manos, y con los pies juntos párese de puntas. Repetir 20 veces.



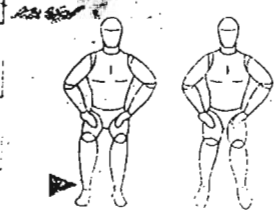
2. POSICION:

De pie. Sosténgase del respaldo de una silla con las dos manos, y con los pies juntos párese sobre sus talones. Repetir 20 veces.



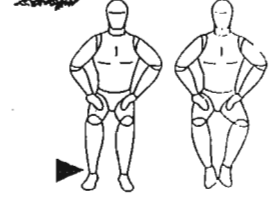
3. POSICION:

Sentado. Apoye por completo los pies en el suelo. Levante sus pies de tal forma que sólo quede apoyado sobre el piso el borde interno de los pies. Repetir 20 veces.



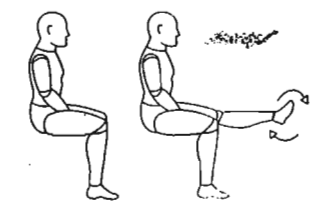
4. POSICION:

Sentado. Apoye por completo los pies en el suelo. Levante sus pies de tal forma que sólo quede apoyado sobre el piso el borde externo de los pies. Repetir 20 veces.



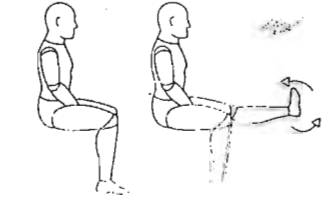
5. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada haga círculos hacia dentro con los tobillos. Repetir 20 veces con cada pie.



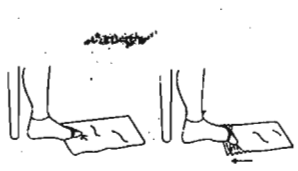
6. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada haga círculos hacia fuera con los tobillos. Repetir 20 veces con cada pie.



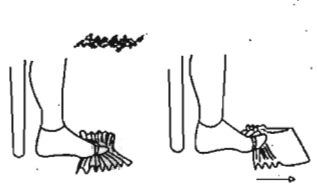
7. POSICION:

Sentado. Coloque la funda extendida sobre el suelo, apoye un pie sobre ésta y comience a arrugarla con los dedos sin mover el resto del pie, atrayéndola hacia usted. Repetir 5 veces con cada pie.



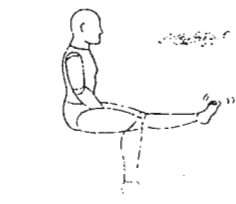
8. POSICION:

Sentado. Con los dedos intente extender la funda sin mover el resto del pie. Repetir 5 veces con cada pie.



9. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada, separe y extienda con fuerza los dedos del pie. Repetir 20 veces con cada pie.

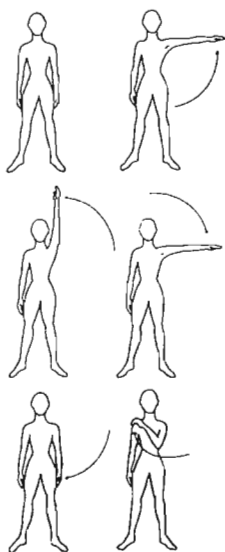


EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS

Estos ejercicios podrá usted ejecutarlos de pie o sentado. Se formaron seis grupos de ejercicios cuya posición inicial son los brazos colocados a los lados del cuerpo

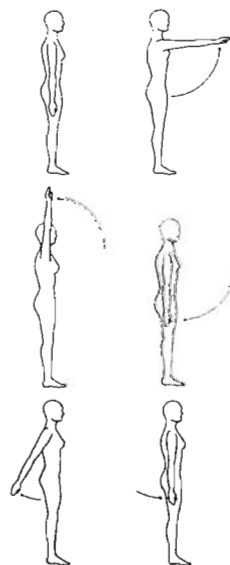
GRUPO 1.

• Posición inicial, elevar el brazo hacia un lado hasta que la mano alcance el nivel del hombro, continuar con la elevación hasta que la mano esté por encima de la cabeza. Bajar el brazo hasta que la mano esté nuevamente a la altura del hombro; continuar bajando hasta la posición inicial, seguir el movimiento hasta que la mano cruce el pecho y llegue a la altura del hombro contrario. Regresar a la posición inicial. Realizar nuevamente los mismos pasos, alternando los brazos.



GRUPO 2.

• Posición inicial, elevar el brazo al frente hasta la altura del hombro, continuar la elevación hasta que la mano quede por arriba de la cabeza, bajar el brazo hasta la posición inicial, continuar el movimiento hacia atrás. Regresar a la posición inicial.



EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS (A)

Anexo 3. Guía de observación del 3º “C”.

DRESCRIPCIÓN	REGULAR	BIEN	MUY BIEN
1.- Señala correctamente las partes de su cuerpo en sí mismo, y en otras personas.			
2.- Puede discriminar diferentes posiciones corporales y es capaz de reproducirlas (sentado, acostado, parado, etc.).			
3.- Identifica la mayoría de los colores y sus nombres, utilizándolos en sus dibujos.			
4.- Expresa e identifica emociones, sentimientos en el mismo y en otras personas.			
5.- Le gusta cantar, bailar y escuchar canciones, música, y participar en juegos.			
6.- Necesita consignas y ayuda individualizada.			
7.- Le gusta hacer encargos y tener responsabilidades personas y en equipo.			
8.- Mantiene el equilibrio cuando transporta algún objeto con las manos.			
9.- Mantiene el equilibrio al sostenerse en un solo pie, cuando camina en una línea y con los ojos cerrados.			
10.- Rompe trozos de papel con los dedos.			
11.- Distingue entre de prisa-despacio y rápido.			
12.- Sabe donde puede localizar los objetos de la clase.			
13.- Sitúa los objetos y los localiza en las dimensiones delante-detrás, arriba-abajo, dentro-fuera.			
14.- Expresa o verbaliza sus necesidades y demandas.			
15.- Entiende las consignas y las sigue al pie de la letra.			
16.- Se relaciona con todos, respetando los acuerdos del salón.			
17.- Comparte materiales u objetos suyos con los compañeros.			
18.- Come correctamente sin tirar la comida utilizando adecuadamente los utensilios.			
19.- Conoce hechos, costumbres, objetos relacionados con algunas fiestas cívicas o culturales.			
20.- Utiliza correctamente los instrumentos escolares habituales (tijeras, pincel, resistol, etc.).			

21.- Comprende las explicaciones orales de la maestra y después las puede explicar por sí solo.			
22.- Reconoce la mayoría de las figuras geométricas y sus nombres triángulo, cuadrado, círculo, rectángulo, etc.			
23.- Participa en conversaciones con la maestra y con el grupo, así con alguna otra persona en el jardín.			
24.- Respeta los contornos al iluminar recortar, bolar. Etc.			
25.- Escribe su nombre convencionalmente sin ayuda.			
26.- Reconoce la serie numérica del 1 al 29.			
27.- Mantiene la atención cuando se lee algún cuento, en rimas, retahílas, fábulas etc.			