



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION ENFERMERIA

A UN ADULTO MAYOR CON DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR ALTERACION EN EL METABOLISMO DE LA GLICEMIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: ROSA MARIA LOPEZ MIRANDA No. DE CTA. 401116818



DIRECTORA DEL TRABAJO LIC. ELVIA LETICIA RAMIREZ TOBIZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

ABRIL 2005



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m348273



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) las facilidades que me ha brindado, facilitándome las instalaciones para realizar mi trabajo de titulación.

Así como la maestra Leticia Ramírez Toríz asesora de este trabajo, por su tiempo y dedicación.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor y cariño a mis padres a mis hijos y esposo por todo el apoyo que me ha dado para seguirme superando, así como también a Alicia Duran y Dalida Gonzáles que de alguna manera me han apoyado en la realización de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
OBJETIVO ESPECIFICO.....	2
1. METODOLOGÍA.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Historia de la enfermería.....	5
2.1.2. Concepto de enfermería.....	7
2.1.3. Inicio de la profesionalización del cuidado.....	7
2.2. Proceso atención enfermería.....	8
2.2.1. Definición del Proceso Atención Enfermería.....	9
2.2.2. Fases del Proceso Atención Enfermería.....	9
2.3. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....	13
2.3.1. Las necesidades humanas básicas según Henderson.....	14
2.3.2. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería.....	16
2.4. Proceso de envejecimiento.....	17
2.4.1. Cambios biológicos del envejecimiento por aparatos y sistemas.....	18
2.5. Diabetes en el anciano.....	23
2.5.1. Diabetes Mellitus.....	23
2.5.2. Manifestaciones clínicas.....	24
2.5.3. Tratamiento con Hipoglucemiantes orales.....	25
2.5.4. Presencia de complicaciones crónicas típicas de la diabetes.....	26
2.6. Estado de nutrición en el anciano.....	27
2.6.1. Alimentación-nutrición.....	27

2.6.2. Aspectos del envejecimiento que influyen en la alimentación nutrición.....	28
3.PRESENTACIÓN DEL CASO.....	29
4. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES.....	31
5. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	33
6. RECOMENDACIONES EN EL HOGAR.....	43
7. CONCLUSIONES.....	45
8. GLOSARIO.....	46
9. ANEXOS.....	48
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49

Introducción

Constantemente la enfermera tiene que tomar decisiones para resolver problemas relacionados con el cuidado del paciente, así como satisfacer una amplia gama de necesidades humanas; la valoración y el diagnóstico forman parte de las actividades de enfermería.

La aplicación de un método para resolver problemas exige que pueda disponer de los conocimientos necesarios que le permitan analizar y solucionar los problemas, el método para lograr los objetivos de salud es el Proceso Atención Enfermería, ya que se basa en una estructura lógica, concreta determinada y precisa para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar dichos cuidados, asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.

El presente trabajo contiene un caso individualizado de un paciente con desequilibrio nutricional por alteración en el metabolismo de la glicemia , al cual se le proporcionaron cuidados de enfermería utilizando el Proceso Atención de Enfermería con enfoque a la teoría del modelo de Virginia Henderson, ya que es uno de los modelos más conocidos y utilizados con una gran facilidad sencillez y comprensión, la cual configura al ser humano único y complejo con componentes biológicos psicológicos socioculturales y espirituales, contemplando sus catorce necesidades.

Por todo lo anterior expuesto este Proceso Atención Enfermería constituye el núcleo de trabajo de enfermería, garantiza la calidad de los cuidados categoriza sus diagnósticos una vez identificadas y fundamentadas las necesidades que el paciente tenga afectadas.

Justificación

El presente Proceso Atención Enfermería tiene como finalidad delimitar el daño y complicaciones de la enfermedad metabólica; así como cambiar los hábitos alimenticios y satisfacer las necesidades nutricionales adecuadas para mantener el peso ideal, favoreciendo una calidad de vida satisfactoria y limitar los daños del padecimiento.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el PAE promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten omisiones y conclusiones prematuras.

Objetivo general

Poner en práctica los conocimientos adquiridos en el Proceso Atención Enfermería fundamentados en el método de Virginia Henderson, y llevarlos a la práctica en el cuidado integral del adulto mayor con desequilibrio nutricional, con el propósito de formar un plan de cuidados en el hogar.

Objetivo específico

Individualizar las necesidades del paciente estableciendo planes y cuidados para conservar un estado nutricional adecuado, mediante una dieta apropiada a su padecimiento para conservar un peso corporal ideal, así como controlar las concentraciones de glucosa y lípidos en sangre.

1. Metodología

Se seleccionó al paciente de una comunidad para realizar el Proceso Atención Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, tomando como base la investigación se consultó una amplia bibliografía para la obtención de antecedentes históricos que nos permitieron identificar la conceptualización y la naturaleza del cuidado como predecesor de la atención de enfermería.

Se estudiaron los aspectos teórico–metodológico del Proceso atención enfermería, los lineamientos fundamentales para su desarrollo por medio del análisis de las lecturas, determinándolo como un método sistemático y racional de planificar y brindar los cuidados de enfermería determinando el estado de salud del paciente y sus problemas tanto reales como potenciales.

Se estudiaron las diferentes etapas del proceso, en las que se establecen las funciones y actividades de la enfermera profesional en la atención del individuo sano y enfermo.

En la etapa de valoración se recopilaron los datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria y a la familia, como segunda fuente, revistas profesionales y textos.

Se procedió a llevar a cabo la valoración por aparatos y sistemas, se valoró el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato en forma independiente.

Se recopiló la información en un formato de valoración de enfermería del anciano adecuado a las necesidades y características propias del paciente.

Con el diagnóstico de enfermería se identificaron los problemas de salud reales y potenciales los cuales sirvieron de cimiento para la elaboración de los planes de cuidados, priorizando los problemas de mayor importancia, realizando el diagnóstico de enfermería, y utilizando el formato PES, así como las acciones a realizar y la fundamentación de estas.

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados: en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, en la que se deben priorizar los problemas así como definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

En la fase de ejecución se realizan todas intervenciones de enfermería, para la resolución de los problemas.

En la fase de evaluación, los cuidados son interpretados con el fin de detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Para la elaboración del presente Proceso Atención Enfermería se recolectó información bibliográfica, hemerografica así como por medio de la navegación en internet, y la entrevista directa con el paciente.

2. Marco Teórico

2.1. Historia de la enfermería

Las antiguas civilizaciones:

Los primeros pensamientos del hombre primitivo eran simples y complejo, creía que los fenómenos eran su mayor misterio, desarrolló ritos místicos para el tratamiento y curación de las enfermedades y conservación de la salud. Estos hechos históricos, junto con la conexión íntima y universal entre religión y medicina, dieron lugar a una ciencia lógica que iban a impregnar a la mayoría de las civilizaciones. Así, a los líderes religiosos se les otorgó inicialmente la responsabilidad de la curación y tratamiento de los enfermos heridos. Ciertamente, las creencias y la cultura de cada civilización influyeron directamente en la forma de practicar el cuidado de enfermería.

Egipto:

La posición de la mujer en el antiguo Egipto era más elevada que en otros países orientales; dentro de sus propios hogares tenían una posición de autoridad e importancia. Es probable que los cuidados de enfermería fueran la principal responsabilidad de la madre o de las hijas en la casa, los médicos del antiguo Egipto no practicaban la obstetricia, campo que se dejaba completamente en manos de las parteras.

Babilonia:

El código Hammurabi constituye la mayor aportación legislativa de la antigüedad. Fomentó el progreso del bien común en babilonia, y durante casi tres siglos este pueblo experimentó una creciente prosperidad. La historia de babilonia apenas hace mención a la enfermería como ocupación independiente sin embargo, los escritos a menudo citan prácticas que actualmente acostumbran a ejercer las enfermeras.

Palestina:

Los conocimientos actuales sobre la antigua medicina judía provienen casi por completo del antiguo testamento, se escribieron aproximadamente entre los siglos segundo y sexto después de Cristo. Además de incluir importantes observaciones médicas, resumen las actitudes, influencias y métodos de los diferentes pueblos con los que convivieron los judíos. Las parteras judías eran importantes, pero ponían mayor énfasis en la higiene durante el embarazo que en la asistencia de la madre durante el parto, Débora es la primera enfermera citada en la historia, era una mujer de compañía y una cuidadora de niños, aun que es posible que fuera requerida en ciertos momentos para realizar otras tareas de enfermería.

Grecia:

Con el progreso de la civilización griega se produjeron grandes cambios. Las artes curativas se vieron especialmente afectadas durante la Edad de Oro de Grecia, entre los siglos IV y VI a. C. fue el "nacimiento o edad de la razón".

La literatura griega contiene numerosas referencias a las enfermeras que eran principalmente cuidadoras de niños, amas de cría y parteras y brindaban la mayor parte de los cuidados obstétricos, y así podríamos citar más civilizaciones antiguas y cada una de las épocas, lo cierto es que la mujer en cada una de ellas esta presente para brindar cuidados a los enfermos.¹

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. De una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce como el período más oscuro de la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.

La línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermería pre-Nightingale y la enfermería Nightingale. Florence Nightingale (1820-1910) fue la fundadora de la enfermería, así que la enfermería organizada es un arte reciente. Nightingale modeló una nueva profesión extraída de siglos de ignorancia y supervisión.

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.

Nightingale es la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras. Su formación de enfermera la adquirió de forma autodidacta e informándose de los cuidados que se prestaban en distintos países.

Durante la guerra de Crimea se ofreció como voluntaria para ir a Escutari, suburbio de Constantinopla en Turquía. Allí organizó un departamento de enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital.

¹ M patricia Donahue. Historia de la enfermería. Pp. 34, 37,38, 43, 49, 58, 71, 72,249.

Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

2.1.2. Concepto de enfermería

Desde el aspecto teórico - filosófico, los modelos conceptuales son el punto de referencia obligado. La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarle en su recuperación.

Nightingale escribe que enfermería como: el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente.

Cien años después V. Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la disciplina y describe que: la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Concepciones actuales de la enfermería

A partir de la integración de la Enfermería en la Universidad, se desarrolló una corriente de opinión en la que grupos de enfermeras intentaron devolver a la profesión su verdadero significado, proporcionándole el marco teórico que considera la atención de enfermería como el servicio de cuidar y no de curar.

2.1.3. Inicio de la profesionalización del cuidado

En el siglo XX se inicia el proceso de profesionalización de las enfermeras, basado en el espectacular desarrollo tecnológico de la atención sanitaria.

La enfermería, como ocupación técnica que se inició a mediados del siglo XIX, continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XX. La enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose esta etapa por la conjunción de los aspectos técnicos y los de tipo moral.

La consideración de la enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60 y 70 del siglo XX, cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico y comienza la proliferación de los hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando, al

tener que cubrir las demandas de la población enferma. Es así como el cuidado enfermero se orienta hacia la enfermedad.

Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado en el alcance de sus responsabilidades.

Henderson se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermería, no definía de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no podía establecer los principios y la práctica de la profesión.²

2.2. Proceso Atención enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.

² www.enfermero.net. Historia de la enfermería.

Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas.

Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.³

2.2.1. Definición del proceso atención enfermería

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

2.2.2. Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

³ www.enfermero.net. Proceso atención enfermería.

Valoración:

Es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro.

Facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

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

Diagnóstico de enfermería:

El diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real o potencial para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

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

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Planeación:

Planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

1. Planeación de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

Ejecución:

La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1. Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Evaluación:

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

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo.

1. Del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas.
2. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o

puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

3. La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

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

4. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.⁴

2.3. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson:

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la

⁴ www.tone.udea.edu: Proceso atención de enfermería.

fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen: los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

2.3.1. Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Necesidad de oxigenación (Respirar con normalidad).
- 2º.- Necesidad de nutrición e hidratación (Comer y beber adecuadamente).
- 3º.- Necesidad eliminación (Eliminar los desechos del organismo).
- 4º.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura (Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada).
- 5º.- Necesidad de descanso y sueño (Descansar y dormir).
- 6º.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (Seleccionar vestimenta adecuadas).
- 7º.- Necesidad de termorregulación (Mantener la temperatura corporal).
- 8º.- Necesidad de higiene y protección de la piel (Mantener la higiene corporal).
- 9º.- Necesidad de evitar los peligros (Evitar los peligros del entorno).
- 10º.- Necesidad de Comunicarse (comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones).
- 11º.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores (Ejercer culto a Dios, acorde con la religión).
- 12º.- Necesidad de trabajar y realizarse (Trabajar de forma que permita sentirse realizado).
- 13º.- Necesidad jugar (Participar en todas las formas de recreación y ocio).
- 14º.- Necesidad de aprendizaje (Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud).

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para

cubrir las (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la

definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

2.3.2. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

1.- Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

2.- Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

3.- Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

4.- Enfermería: Los cuidados de enfermería consisten principalmente, en ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, la función de la enfermera es asistirlo para que recobre su independencia lo más rápidamente posible.⁵

⁵ www.terra.es/personal: Virginia Henderson las 14 necesidades.

2.4. Proceso de envejecimiento:

Habrá en México cerca de 8.2 millones de adultos mayores a mediados de 2005. El Distrito Federal y el estado de México tendrán la mayor cantidad de adultos mayores, casi se ha triplicado desde 1970 a la fecha. A principios del presente año se estima que la población de adultos mayores es de poco más de 8 millones 42 mil personas, a mediados de año alcanzar  poco menos de 8 millones 189 mil y en diciembre habrá algo más de 8 millones 335 mil. El incremento de 292 mil personas que registrará este grupo de edad el cual representa el equivalente a 27 por ciento del incremento demográfico total del país entre enero y diciembre del presente año, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Como consecuencia de este rápido crecimiento, la participación de los adultos mayores en el total de habitantes del país ha aumentado de 5.5 por ciento en 1982 —cuando alcanzó su mínimo histórico— a 7.5 por ciento en el 2005.⁶

Uno de los retos más acuciantes que se derivan de la transición demográfica de México es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. La demografía mexicana del siglo XXI, al igual que en muchos otros países del mundo, se caracterizar  por un acelerado envejecimiento demográfico.

Uno de los riesgos más preocupantes e ineludible del envejecimiento demográfico es el empobrecimiento de las personas adultas mayores.

Este riesgo se asocia a la drástica reducción de las oportunidades laborales a las que tienen acceso las personas de edad avanzada, a la pérdida paulatina de sus capacidades físicas y de salud, a la insuficiente cobertura de los sistemas de seguridad social y a su mayor dependencia de las transferencias monetarias provenientes de sus familiares, cuyos montos —por lo general— son exiguos e irregulares.⁷

Este rápido envejecimiento demográfico, es uno de los problemas emergentes que México, requiere enfrentar, lo que implica el compromiso y responsabilidad inédita para la sociedad y el gobierno

Esta situación, tendrá profundas consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales, además que requerirá de una nueva orientación de las políticas de salud orientadas a prestar más y mejores servicios y atención a las personas de la tercera edad, cuyas demandas son múltiples y diversas.

La sociedad industrializada, basada en el binomio producción consumo , ha creado la figura del jubilado , propiciando el cambio de la estructura familiar pasando a ser de tipo nuclear , auspiciado el nacimiento de nuevos esquemas culturales, que alejan a muchos ancianos de los círculos socioeconómicos y los convierten en parte de un grupo marginado.

⁶ www.conapo.gob.mx. El proceso de envejecimiento en México.

⁷ www.obra.com: la salud de la población avanzada en México.

La vejez y la enfermedad no son sinónimo no deben llevarnos a olvidar que la salud es uno de los problemas más importantes de la población anciana. Algunas de estas patologías, son parte del proceso normal de envejecimiento, y para la mayoría d las personas resultan controlables si se recibe atención adecuada y se sigue un tratamiento con regularidad.

El proceso de senectud por deterioro orgánico; el adulto mayor puede contraer cualquier enfermedad, pero es indudable que hay ciertos padecimientos que atacan con mayor frecuencia, como son las enfermedades cardiovasculares, así como enfermedades metabólicas como son anemia, diabetes, trastornos de la tiroides, etc.

El proceso metabólico sigue siempre un mismo curso a menos que haya condiciones patológicas que lo alteren; los requerimientos nutritivos pueden ser diferentes y varían con la edad, sexo, tamaño del cuerpo.⁸

2.4.1. Cambios biológicos del envejecimiento por aparatos y sistemas:

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, titulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

1.- Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

2.- Piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y reducción en la producción de la vitamina "D".

Desde el punto de vista estructural: En la Epidermis hay variaciones en el tamaño y forma de las células basales, disminución de melanocitos y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina.

⁸ www.cdhecu.gob.mx; tercera edad.

En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

3.- Cabello:

Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones también puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

4.- Uñas:

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

5. Óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales, Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

6.- Muscular:

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

7.- Articulaciones:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso, otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

8.- Sistema Cardiocirculatorio:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad, El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido, También existe un aumento de tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga esto puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular. Cambios en la se hace lento el llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuele aórtico , sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial. También el desequilibrio hemodinámica se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

9.-Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alvéolo capilar. La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral. Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este

motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de oxígeno.

Existe una disminución del reflejo tusígeno esto contribuye a la propensión de la neumonía.

10.- Aparato Digestivo:

Hay grandes cambios a nivel anatómo-fisiológicos, la reaparición del epitelio en la parte inferior del esófago y la aparición de varicosidades. Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades. Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva lo que provoca sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa. En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

11.- Sistema Genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200g. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simple.

Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.

El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto; se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitando las infecciones. En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

12.- Sistema Endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

Hay una disminución a la tolerancia de glucosa, en la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

13.- Sistema Inmunológico:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunológico es menos sensible y más susceptible a la infección. El timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

14.- Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico).

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución en la vista, la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. En la esclerótica se encuentran depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye en cantidad. En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera. La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartilago y en el varón suelen proliferar pelos.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.⁹

2.5. La diabetes en el anciano:

Comprende los nuevos diabéticos, aquellos en que la enfermedad aparece después de los 65 años y tiene una serie de peculiaridades que es preciso tener en cuenta. La diabetes que aparece en el anciano afecta generalmente al sexo femenino (60-70%), tal vez por el mayor promedio de vida de las mujeres y por la mayor concurrencia de factores diadéticos. Suele ser una diabetes oligosintomática, de comienzo solapado y frecuentemente asociada a la obesidad. Aunque puede debutar a través de la triada clásica (las tres P: polifagia, poliuria, polidipsia) y con pérdida de peso no es la forma habitual de presentación en la población anciana.

2.5.1. Diabetes Mellitus:

Es una patología en aumento, debido sobre todo a la obesidad, al sedentarismo, al consumo de azúcares simples y, naturalmente al envejecimiento de la población.

La diabetes se caracteriza por un déficit absoluto o relativo de secreción de insulina sintetizada por las células beta de los islotes de Langerhans del

⁹ www.web.usa.l.es: envejecimiento.

páncreas en forma de un precursor, la proinsulina. Que al ser liberada en la sangre se descompone en insulina y péptido C.

Clasificación de la Diabetes:

La organización mundial de la salud estableció en el año 1985 la siguiente clasificación:

Diabetes tipo I

Aparece generalmente antes de los 30 años. De forma brusca y con la sintomatología clásica (polidipsia, poliuria, adelgazamiento...)

Diabetes tipo II

Aparece en personas mayores de 40 años. En general no presenta sintomatología en su comienzo, por lo que a veces se diagnostica después de varios años. Normalmente se compensa con dieta adecuada, aunque en algunos casos es necesario el tratamiento farmacológico. Las complicaciones tipo II pueden ser las mismas que las de la diabetes insulina-dependientes, de ahí la necesidad de controlarla en forma adecuada para evitar o retrasar la aparición de dichas complicaciones.

Diagnóstico de la diabetes mellitus

En personas de mayor edad, es importante considerar algunos antecedentes como historia familiar de diabetes, obesidad, estrés, abortos de repetición, y niños de más de 4 Kg. en el momento del nacimiento.

2.5.2. Manifestaciones clínicas:

- 1.- Se orina más (Poliuria): el exceso de azúcares se elimina por el riñón, arrastrando gran cantidad de orina para disolverla, por este motivo se orina más.
- 2.- se toma más agua (Polidipsia): Para compensar la pérdida de líquidos.
- 3.- Adelgazamiento: al no utilizarse el azúcar se queman las grasas y se disminuye de peso.
- 4.- Aumento de apetito (Polifagia): cuanto más se come mayor es el nivel de azúcar en sangre.
- 5.- Astenia (fatiga intensa): junto a la pérdida de líquido provocada por la glucosuria hay también una pérdida importante de electrolitos que contribuye a la astenia.

6.- adelgazamiento: el adelgazamiento se produce por la pérdida de energía y la deshidratación.¹⁰

Síntomas Secundarios:

- Picores generalizados o en los genitales.
- Propensión a infecciones de la piel.
- Retardo en la cicatrización de las heridas.
- Infecciones en las encías.
- Aflojamiento de los dientes.
- Dolores y hormigueos en las extremidades.
- Alteraciones en la vista

Hipoglucemia:

- La hipoglucemia es un descenso en la cantidad de azúcar en sangre por debajo de los límites normales
- Se caracteriza porque los síntomas de alarma tienen una aparición brusca
- Los síntomas son variados, aunque los más comunes son: sensación de mareo, sudoración, temblor de manos, nerviosismo.

La hipoglucemia en el anciano, aún sin llegar al estado de coma hipoglucémico, puede acarrear consecuencias graves tanto cardiovasculares como cerebrovasculares. En este sentido es esencial tener en cuenta que podemos considerar hipoglucemias no sólo las cifras bajas de glucemias plasmática, sino también el descenso rápido de glucemias de niveles altos a niveles habitualmente considerados normales.

Aunque pueden existir otras causas, la inmensa mayoría de las hipoglucemias en el anciano están ligadas a la utilización de Hipoglucemiantes orales.

Signos de alarma:

- Piel fría
- Dolor en reposo
- Pulsos ausentes
- Palidez a la elevación
- Rubor al colgar la pierna
- Piel adelgazada
- Atrofia de grasa subcutánea
- Uñas quebradizas
- Sensación de Hormigueo.
- Sudoración profusa

¹⁰ Pilar Cervera, Clapes Jaume , Rigolfás Rita . alimentación y dietoterapia. Pp. 279, 280, 281.

2.5.3. Tratamiento con Hipoglucemiantes orales

Deben considerarse en el paciente anciano cuando con la **dieta** y el **ejercicio** no se consiga un adecuado control tras un periodo razonable (4 – 6 semanas).

Las biguanidas. La única biguanida recomendada es la metformina. No produce hipoglucemia. El candidato ideal es el paciente obeso no controlado aceptablemente con dieta y ejercicio, aunque en los ancianos la obesidad no suele ser un problema tan frecuente como en las edades medias, esta contraindicada en presencia de insuficiencia renal, cardíaca, hepática, alcoholismo o mala calidad de vida.

La acarbosa. Puede ser útil para controlar hiperglucemias postprandiales. No produce hipoglucemia, por lo que puede dar cierta seguridad su uso.

Las sulfonilureas. Se recomiendan evitar las de acción prolongada (clorpropamida, glibenclamida) por el riesgo de producir hipoglucemias severas y prolongadas, siendo sulfonilureas de primera elección la glicipida, la gliquidolina, la tolbutamida y la glicacida.

2.5.4. Presencia de complicaciones crónicas típicas de la diabetes:

Microangiopatías: retinopatía

Macro vasculares: cardiopatía isquémica. Accidentes cerebrovasculares, lesión isquémica periféricas, sobre todo en miembros inferiores.

Neuropatía: paresia ocular, polineuritis.

Aparición de complicaciones metabólicas agudas, sobre todo el coma hiperosmolar y la cetoacidosis. No hay que olvidar que en ocasiones puede presentarse con episodios de aumento o disminución de la glicemia por alteración en la secreción de insulina.¹¹

Factores que predisponen las complicaciones de la diabetes mellitus:

- El azúcar en la sangre, la presión arterial alta y las cifras altas de grasa (especialmente el colesterol) colaboran para dañar los vasos sanguíneos. Estos vasos dañados pueden causar infartos; apoplejías, mala circulación, ceguera y disminución paulatina de la función renal.
- El exceso de azúcar en la sangre daña los nervios; este daño puede aumentar o disminuir la sensación de dolor especialmente en los pies y en las piernas. El paciente diabético no se da cuenta de las lesiones que provocan dolor, de manera que pueden permanecer inadvertidas hasta

¹¹ www.cica.es.aliens: grupo diabetes.

que se han infectado. El daño de los nervios puede además causar problemas sexuales, principalmente en los varones.

- Normalmente, los glóbulos blancos de la sangre se hacen más lentos y las infecciones pueden agravarse muy rápidamente.

2.6. Estado de nutrición en el anciano:

Nutrición: La nutrición entendida como el conjunto de funciones armónico y coordinado entre sí, bioquímico y fisiológico, que ocurren en cada una de las células del organismo y de las cuales depende la composición corporal y la vida misma, en consecuencia de factores de índole biológico, psicológico y social.

En este sentido, la mal nutrición se deriva de un exceso, déficit o desequilibrio de nutrientes o energía en relación con las necesidades metabólicas, cuya situación ocurre con frecuencia en los adultos de edad avanzada.

La magnitud de los problemas nutricionales en el anciano en países desarrollados es distinta a nivel comunitario que en los sujetos que residen en asilos y/o están hospitalizados.¹²

2.6.1. Alimentación-nutrición

Es tan solo la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano unas sustancias que son indispensables.

La alimentación es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano se proporciona sustancias aptas para su consumo, las modifica partiéndolas, cociéndolas, etc. y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente.

El hecho de que este acto sea voluntario y consciente quiere decir que es influenciado por la cultura, situación económica, social, estado físico, mental, etc.

Los alimentos son digeridos en el aparato digestivo transformándose en sustancias nutritivas que son absorbidas y luego transportadas a los tejidos y utilizados por éstos.

Estos pasos se realizan de manera involuntaria e inconsciente y a esto se le llama nutrición. Este proceso se encuentra afectado fundamentalmente por patologías concretas y algo por los procesos propios del envejecimiento.

Podríamos decir que:

1. Hay muchas maneras de alimentarse y sólo una de nutrirse.

¹² Felipe Martínez A. academia 2 tópicos de gerontología. Pp. 80,81.

2. Puesto que la alimentación es voluntaria y consciente, es susceptible de ser influenciada por la educación, situación socioeconómica, estados confusionales, pérdidas de memoria, etc.

3. La nutrición del hombre depende esencialmente de su alimentación. El proceso de envejecimiento podría producir alteraciones físicas en el sujeto que modificarán la utilización de los alimentos por parte del organismo.

2.6.2. Aspectos del envejecimiento que influyen en la alimentación-nutrición

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debidos no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores:

A) El envejecimiento va acompañado de una serie de cambios fisiológicos que modifican los requerimientos nutritivos y que modifican además la utilización de los alimentos por el organismo.

B) La coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales frecuentes a esta edad pueden incrementar o disminuir por un lado los requerimientos nutricionales y por otro pueden limitar la capacidad individual para obtener la adecuada alimentación.

C) El aislamiento social que puede aparecer como resultado de la enfermedad o del envejecimiento o los cambios culturales, puede limitar el acceso a los alimentos apropiados.

D) La gran cantidad de personas mayores que viven con ingresos miserables que no les permite adquirir alimentos suficientes.¹³

¹³ www.matiaf.net: nutrición y valoración del estado nutricional del anciano.

3. Presentación del caso:

Se trata de un adulto mayor de sexo masculino de 73 años de edad, casado religión católico, originario del estado de Michoacán con primaria terminada, que radica en la ciudad de México desde los 8 años, proviene de una familia nuclear, de oficio mecánico hasta la actualidad, vive con su esposa de 70 años y dos hijos; hijo de 34 años soltero, hija de 40 años casada y un yerno, cuenta con casa propia de 3 recamaras, cocina, comedor y dos baños esta construido de concreto, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, también cuenta con un taller mecánico; antecedentes heredo familiares: padre que fallece a los 35 años de edad por neumonía, madre que fallece a los 65 años no sabe la causa, ocupa el quinto lugar de 7 hermanos, de los cuales 2 de ellos ya fallecieron.

Se le diagnostica hace 2 años diabetes mellitus tipo II, con una glicemia de 210 negándose a su diagnostico, iniciando su tratamiento sin ninguna orientación en cuanto a su alimentación y medidas preventivas.

Con los siguientes antecedentes de importancia:

A la exploración física se obtienen los siguientes datos:

Signos vitales:

- Temperatura : 36.6 C
- Pulso : 80 por minuto
- P.A. : 120/70
- F.R.: 24 por minuto
- Buen estado de Hidratación
- Actitud y posición : de cubito dorsal activo
- Conciencia : Lucido
- Orientado en tiempo y espacio.
- Tipo de Constitución : delgado, encorvado
- Peso : 39 Kg. Talla : 1:45 metros
- Glicemia: 210 mg

- Piel : de color blanca, flácida poco elástica,
- Uñas: de color blancas de buena consistencia, con buen llenado capilar.

- Cabeza: Normocefalo, sin eminencias, ni depresiones, no presenta puntos dolorosos a la palpación, cabello canoso en buena cantidad de buena implantación, presenta deterioro de la memoria la cual se manifiesta con olvido de cosas.
- Cara: Simétrica, pestañas normales, parpados normales.
- Ojos: Escaleras normal, conjuntivas rosadas, pupilas midriáticas, usa lentes para leer.
- Nariz: Aguileña, normorrinea, fosas nasales permeables,

- Oídos: Aumentado así como bello permeable de buena implantación escasa presencia de cerumen, presenta déficit de la audición.
- Boca: Simétrica, labios rosados, limitación de apertura bucal normal, cavidad oral húmeda y rosada no hay presencia de halitosis.
- Piezas Dentarias completas y en regular estado de conservación e higiene.
- Cuello: Simétrico, móvil, no doloroso a la palpación, yugular, no adenopatías.
- Tórax: Cilíndrico, móvil, simétrico, sin tiraje ni retracciones, movimientos armónico superficiales.
- Abdomen: se palpa blando, presenta buen peristaltismo y no hay presencia de dolor en ninguna de las zonas.
- Pulmones: sonido claro pulmonar, respiración bronquial y murmullo vesicular presentes.
- Corazón ruidos cardiacos rítmicos normales.
- Extremidades superiores: Ambas se encuentran con pigmentación de la piel característica de la edad, sin lesiones de algún tipo, con buena sensibilidad y buen movimiento.
- Extremidades inferiores: Con buena coloración en toda la extremidad, músculos flácidos, con buenos reflejos y movimientos y sensibilidad, presenta en las uñas micosis.
- Espalda: piel de color normal, no hay presencia de lesiones, se palpa y se observa columna vertebral encorvada (cifosis).

4. valoración de las necesidades:

1.- Necesidad de oxigenación: (independiente) se encuentra con narinas limpias con campos pulmonares ventilados con escasas secreciones transparentes que fluye por narinas.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: (parcialmente dependiente) dentadura completa sin caries come en casa realiza 3 comidas al día pero no lleva una dieta adecuada a su actual padecimiento, ya que carece de información sobre la misma. Ingiere de 1 a 1 1/2 litros de agua al día.

3.- Necesidad de eliminación: (independiente) eliminación urinaria con una frecuencia de 5 a 6 veces al día, en cantidad normal de 1200ml al día amarilla ámbar. Evacuaciones de 1 a 2 veces al día, características: amarilla pastosa, cantidad de 200 a 300 g al día.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura: (independiente) Postura corporal encorvada (disminución de la talla) debido al proceso de envejecimiento, realiza ejercicio físico camina 20 a 30 minutos diarios, y presenta una buena movilidad y elasticidad.

5.- Necesidad de descanso y sueño: (independiente) duerme de 7 a 8 horas diarias sin interrupción del sueño levantándose descansado y relajado.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: (independiente) viste ropa apropiada a su edad y a las condiciones climáticas.

7.- Necesidad de termorregulación: (independiente) conserva su temperatura de 36 a 36.5 °C.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel: (parcialmente dependiente) se baña cada tercer día sin cambio de ropa ya que su trabajo no lo permite, higiene dental después de cada alimento, con respecto a la protección de la piel presenta descamación en las uñas de los pies así como grietas en los interdigitales.

9.- Necesidad de evitar peligros: (parcialmente dependiente) conciente y orientado. No reconoce los posibles peligros, presenta déficit de la audición por lo que es vulnerable a algún tipo de accidente.

10.- Necesidad de comunicarse: (parcialmente dependiente) funcionamiento inadecuado de los órganos de los sentidos debido al proceso de envejecimiento, deterioro de la audición así como de la memoria.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores: (independiente) católico, asiste a misa cada ocho días.

12.- Necesidades de trabajar y realizarse: (independiente) hasta la fecha trabaja tiene su propio taller mecánico el solo supervisa que realicen el trabajo y que la herramienta la coloquen en su lugar.

13.- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas: (independiente) es una persona alegre positiva sociable juega con sus nietos les hace bromas, le gusta leer, escuchar noticias etc. Durante la valoración se muestra cooperador.

14.- Necesidad de aprendizaje: (parcialmente dependiente) conoce su diagnostico. Manifiesta interés por conocer más acerca de su enfermedad.

5. Plan de atención de enfermería

Necesidad de nutrición e hidratación:

Diagnostico de enfermería: Alteración de la nutrición relacionada a la falta de conocimiento en la dieta manifestado por bajo peso.

Objetivo: Proporcionar información adecuada sobre como establecer una dieta para diabético en el hogar, conseguir un buen estado de nutrición, contribuir al control óptimo de la glucemia y lograr un peso corporal ideal.

Cuidados de enfermería:

- Darle una orientación de cambio de hábitos alimenticios
- Establecer un plan de alimentos individualizado con base a sus necesidades calóricas y económicas
- Explicarle los objetivos del tratamiento dietético
- Reforzar la importancia de limitar los alimentos ricos en ácidos grasos saturados y sal
- Fomentar un aumento de la ingesta de fibra dentro de las directrices dietéticas.
- Fomentar la actividad física
- Dieta 2000 calorías:

DESAYUNO		
ALIMENTO	CANTIDAD	MED CASERA
Leche	200ml	1 vaso
semidescremada	40g	2 rebanadas
Pan	30g	½ pieza
Carne		
Vegetales I	200g	2 tazas
Vegetales II	200ml	1 taza de jugo
Frutas	5ml	1 cucharada cafetera
grasas		

COMIDA		
ALIMENTO	CANTIDAD	MED CASERA
Arroz	150ml	¾ taza
Frijoles	40g	8 cucharadas
Pan	40g	2 rebanadas
Carne	45g	¾ pieza
Vegetales I		
Vegetales II	200 g	a libre demanda
Fruta	150 g	1 ½ taza
grasas		1 ½ cuch sopera

CENA		
ALIMENTO	CANTIDAD	MED CASERA
Leche	200ml	1 vaso
Pan	40gr	2 rebanadas
Carne	30gr	½ pieza chica
Vegetales I		
Vegetales II	200gr	libre demanda
Fruta	200gr	1 taza de jugo
grasa	5ml	1 cuch. cafetera

Tomar sus alimentos a la misma hora: 8:00, 14:00, 20:00

Se recomienda una dieta dividida en quintos, es decir con tres comidas y 2 colaciones (media mañana y media tarde), incluso una colación adicional después de la cena, dependiendo del patrón de glucemias presentado por el paciente.

Fundamentación científica:

- La dieta es el elemento "CLAVE" del tratamiento del diabético y en muchos casos la única intervención necesaria. Por ello seguir bien el régimen, tiene una importante trascendencia, ya que constituye una medida eficaz para prolongar la vida.
- Un correcto equilibrio de los nutrientes es uno de los aspectos del tratamiento dietético.

- Reforzar los objetivos del tratamiento dietético puede ayudar a mejorar el seguimiento
- El metabolismo de los carbohidratos se encuentra deprimido por que el transporte de glucosa de la sangre a las células se encuentra obstaculizado, y la concentración de glucosa en sangre se eleva.
- Los cereales son alimentos que contienen vit. B y hierro, y además si son de tipo integral aportan al organismo fibra, magnesio, cinc y ácido fólico. Ya que estos minerales realizan funciones específicas en el metabolismo.
 Magnesio: necesario para las células e importantes para la actividad Eléctrica muscular y nervios.
 Cinc: ayuda a prevenir la caries, básico para el metabolismo celular.
 Necesario para formar las enzimas celulares.
 Ácido fólico: necesario para la producción de glóbulos rojos (vitamina).
- El consumo de fibra en el diabético debe ser abundante, ya que producen una disminución de la velocidad de absorción de los Glúcidos, con la consiguiente reducción de la hiperglucemia después de las comidas, a la vez que tiene un efecto beneficioso sobre los lípidos sanguíneos, con disminución del colesterol.
- El éxito de la dieta se encuentra en el apego que presente, al respetar la cantidad en peso o pieza.
- La actividad física mejora el control de la diabetes y retarda el deterioro funcional.
- El ejercicio contribuye a producir una sensación de bienestar y movilidad, y disminuye el riesgo de caídas.
- la selección y consumo de alimentos es determinante en el control glucémico.
- La elección y consumo adecuado de alimentos no sólo mantendrá las concentraciones de glucosa óptimas, también retrasará o ayudará a prevenir las complicaciones

Evaluación:

- El paciente se reusaba a llevar a cabo su plan dietético ya que no se acostumbraba a comer varias veces al día.
- Fue necesario dialogar nuevamente sobre la importancia de la dieta y a un más la necesidad que tiene de comer varias veces al día.

- La labor de convencimiento fue difícil ya que le resultaba complicado comer varias veces al día pero poco a poco se ha acoplado al plan dietético.
- En cuanto al ejercicio el paciente realiza caminatas de 20 a 30 minutos diarios.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

Diagnostico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con un mal secado de los pies manifestado por (presencia de hongos) descamación de las uñas y grietas en los interdigitales de los pies.

Objetivo: Mantener la integridad cutánea.

Cuidados de enfermería:

- Explicarle que los diabéticos tienen mayor riesgo de contraer problemas y deben notificar inmediatamente cualquier cambio o lesión en los pies.
- Enseñarle la importancia de los cuidados que debe tener para los pies como:
 - Lavar diariamente los pies con agua tibia y jabón suave.
 - Secar muy bien los pies, especialmente los espacios que hay entre cada dedo, para prevenir los hongos.
 - Si la piel de los pies es seca, se debe aplicar crema para mantenerla lubricada, si por el contrario la piel es húmeda, es necesario aplicar talcos.
 - Las uñas se deben cortar en forma recta, después de bañarse, ya que en ese momento se encuentran limpias y suaves. Se debe tener cuidado de no romper la piel cercana a la uña, utilizar un lugar bien iluminado para cortar las uñas.
 - Evitar usar piedra pómez sustancias o líquidos para eliminar los callos, ya que pueden producir quemaduras y lesiones. Nunca se corte los callos.
 - Los zapatos apropiados deben ser cerrados, de cuero suave, punta ancha y suela dura, que se adapte a la forma y posición del pie para prevenir ampollas y heridas. Antes de ponerse los zapatos reviselos para evitar que algún objeto le produzca una lesión.
 - No se debe andar descalzo para prevenir golpes, cortaduras o quemaduras.
 - Los pies se deben examinar todos los días y buscar cualquier lesión, herida, enrojecimiento o hinchazón.

- Usar calcetines de fibra natural absorbentes así como un buen calzado que el pie sienta confort.
- Mantener los niveles normales de glicemia y colesterol.

Fundamentación científica:

- Las lesiones en los pies de los diabéticos son resultado de neuropatías periféricas, enfermedad vascular periférica, infecciones o una combinación de estas complicaciones, los pies deformados insensibles o con infecciones por hongos son los primeros en sufrir lesiones y son susceptibles de traumatismos.
- El tejido infectado mata al tejido sano.
- Los pies de los diabéticos son más propensos a sufrir lesiones debido a una menor circulación, ya que hay pérdida de la sensibilidad.
- La ropa húmeda favorece a la proliferación de hongos.
- Los aceites, desodorantes y talcos ayudan a mantener la piel seca y lubricada.
- Los calcetines de algodón y el buen calzado absorben el sudor ayudando a evitar los hongos, los callos ampollas y a que se entierren las uñas de los pies.
- El llevar controles periódicos de glicemia en sangre reduce estados de afección al organismo.

Evaluación:

- El paciente está concientizado de los peligros al no llevar un aseo en su piel por lo tanto realiza las indicaciones de enfermería para el cuidado de sus pies.
- Está acudiendo al podólogo.
- Con un glucómetro lleva su control diario de su glicemia.

Necesidad de comunicación (audición)

Diagnostico de enfermería: deterioro de la audición relacionado con el proceso de envejecimiento manifestado por disminución de la audición

Objetivo: Que exista una comunicación efectiva a través de técnicas específicas.

Cuidados de enfermería:

- Orientar a los familiares y personas que conviven con el sobre las causas de la disminución auditiva y su situación actual.
- Evitar el aislamiento social y la depresión
- Brindarle seguridad emocional para que se sienta en confianza hablarle pausadamente mirándolo a la cara y lo más cerca posible en un lugar iluminado.
- Evitar conversaciones a distancia y con mucha gente.
- Reducir en lo posible ambientes ruidosos.
- Utilizar frases sencillas y cortas.
- No cambiar el tema rápidamente.
- Plantear soluciones utilizando ayudas técnicas adecuadas para compensar su deficiencia auditiva (auxiliares auditivos).
- Realizar modificaciones en el hogar para compensar el problema. Por ejemplo teléfonos que emiten una luz al recibir la llamada; amplificadores de volumen del teléfono, un timbre mas grave para la puerta de entrada; utilización de audífonos para el televisor o la radio, entre otros.
- Recomendar asistir con un otorrinolaringólogo

Fundamentación científica:

- En el oído hay una disminución de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo.
- La disminución de la audición afecta muy negativamente la calidad de vida del anciano, y puede sufrir trastornos emocionales como la depresión.

- Se produce dificultad para la comprensión del lenguaje lejos de la persona, conversaciones muy rápidas y peor a un en grupos numerosos.
- La conversación se hace más difícil de entender y el paciente se exaspera si hay en el ambiente hay mucho ruido.
- La persona se siente segura cuando lo están tomando en cuenta.

Evaluación:

- El paciente afronta de una manera positiva su proceso de envejecimiento
- Su familia colabora en las indicaciones que se le han brindado para una mejor comunicación con el paciente.

Necesidad de comunicación (deterioro de la memoria)

Diagnostico de enfermería: deterioro de la memoria relacionado con el proceso de envejecimiento manifestado por olvido de cosas.

Objetivo: Ayudar al paciente a conservar la mejor función intelectual posible.

Cuidados de enfermería:

- No hacer énfasis de que se le olvidan las cosas, no criticarlo por eso
- Establecer apoyos para que más fácilmente recuerde donde puso las cosas como:
- Establecer un lugar para colocar sus objetos como llaves, cartera agenda etc.
- Transmitirle calma y apoyo cuando tenga fallas en la memoria.
- Enseñarle a anotar las cosas importantes siempre y cuando le sea posible hacerlo.
- Enseñarle a poner las cosas en el mismo lugar
- No utilizar las frases no te acuerdas...y te lo dije.
- Estimular sus conductas positivas y las habilidades que todavía conserva

- Estimular su memoria realizando algunas actividades como: contar historias, ver fotografías, hablar del pasado, decir nombres de frutas flores de personas, sucesos importantes, temas de actualidad.
- Invitar a la familia a juegos de mesa.

Fundamentación científica:

- El proceso envejecimiento disminuye la capacidad para recordar eventos recientes.
- De la memoria es que depende el conocimiento, la personalidad, la historia y el comportamiento del individuo.
- La memoria es plural, es primordial, nos permite conservar nuestra identidad, nuestro yo.
- La memoria es nuestra continuidad y la reliquia de todas nuestras experiencias individuales.
- Junto con el proceso de envejecimiento, las tendencias hacia la disminución de la capacidad para recordar más recientes puede tener cierta influencia negativa.
- El desarrollo y el funcionamiento adecuado del equipo cognoscitivo necesita una estimulación.
- El proceso de envejecimiento parece promover la capacidad para recordar eventos que sucedieron tempranamente en la vida.

Evaluación:

- La familia realiza con el paciente más actividades que ayudan al paciente a estimular su memoria.
- El paciente afronta su situación entendiendo que el proceso de envejecimiento es algo inevitable, y lo asume positivamente.

Necesidad de evitar los peligros:

Diagnostico de enfermería: Riesgo de sufrir accidentes en el hogar y vía pública por hipoacucia, así como de presentar una hipoglucemia o Hiperglicemia

Objetivo: establecer medidas preventivas en el hogar y vía pública, e identificar los signos de alarma en hipoglucemia e hiperglucemia

Cuidados de enfermería:

- Darle orientación vial en cuanto a:
 - ✓ cruce las calles se fije de un lado a otro y cuando el semáforo este en verde para el peatón
 - ✓ ir arriba de las banquetas
 - ✓ Asistir a lugares concurridos acompañado.
 - ✓ Utilizar los puentes peatonales

- Identificar los signos de alarma en hipoglucemia e Hiperglucemia.

Hipoglucemia leve: palidez, diaforesis, debilidad, hambre, parestesias perioral, taquicardia/palpitaciones, temblor externo/nerviosismo interno.

Hipoglucemia aguda: cefalea, hipotermia, incoherencia en el habla, falta de coordinación motora, confusión mental, letargia aguda inconsciencia, coma, convulsiones.

Hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga, visión borrosa,

Fundamentación científica:

- El proporcionarle educación vial al paciente evita peligros en la vía pública
- El acompañarle a lugares concurridos le hace sentir seguridad
- El utilizar los puentes evita el peligro de ser atropellado
- En el adulto mayor los reflejos y agilidad esta disminuida y esto aumenta el peligro de accidente si no acata las reglas anteriormente citadas.

- Los síntomas de hipoglucemia se alivian ingiriendo alimentos abundantes en carbohidratos (por ejemplo; miel de maíz, jugo de naranja, dulces).
- Las células cerebrales pueden dañarse permanentemente por falta de glucosa
- La rápida detección de hipoglucemia permite una rápida intervención para impedir reacciones graves, posiblemente mortales.
- la glucosuria provoca poliuria, la cual puede conducir a un estado de deshidratación.
- El aumento de la ingesta de alimentos requiere un incremento en el ejercicio.

Evaluación:

El paciente acepta de buen agrado las recomendaciones y las sigue, aunque manifiesta, seguir la mayoría de indicaciones por costumbre.

En cuanto a la orientación de hiperglucemia e Hiperglicemia manifiesta seguir las indicaciones lo mejor posible, el paciente se muestra muy cooperador en cuanto a su tratamiento.

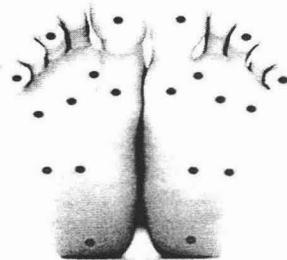
6. Recomendaciones en el hogar

El objetivo está encaminado a proporcionar la máxima información asimilable para el paciente y conseguir los cambios en los hábitos de vida saludables que ayuden al control terapéutico.

Asistir periódicamente a sus citas de control de sus niveles de glicemias con el médico.

Revise minuciosamente sus pies a diario, busque cualquier pequeño enrojecimiento, grietas o heridas.

Realizar un examen de sensibilidad: Con el pie descubierto, pedir a algún familiar que toque los 10 puntos marcados en este dibujo con la goma de un lápiz; pon atención en lo que sientes.



Contar con un medidor de glucosa en casa es de gran ayuda, pues permite llevar un control escrito detallado y dar seguimiento a las variaciones de sus niveles con respecto al estándar recomendado:

Momento del día	Niveles de glucosa en sangre
En ayunas	80-110 mg/dl
2 hrs. después de comer	Menos de 140 mg/dl

Realizar ejercicio 30 minutos de manera rutinaria en la semana.

Se recomienda que el ejercicio se realice acompañado de otra persona, que se utilice calzado adecuado, que se inspeccione los pies antes y después de la actividad física.

Tomar líquidos durante y después del ejercicio.

En la persona mayor es de suma importancia contar con la colaboración de la familia para conseguir una expectativa de éxito en los cambios de hábito. Por ello es imprescindible contar con la asistencia de la familia y negociar con ella para obtener resultados favorables

Juega un papel esencial en el tratamiento del paciente diabético, pues es la única arma que tenemos para mejorar el cumplimiento terapéutico y la implicación del paciente en su tratamiento, y con ello el control metabólico.

- Procure colocar siempre sobre su mesa algo dulce (azúcar, o galletas)
- Cuando realice autocontroles anote su resultado.
- Evite vivir solo.
- Ser anciano solo es una etapa más de la vida, no se quede aislado.
- Procure caminar diariamente, aunque sólo sea unos minutos.
- Si suele viajar, no olvide llevar siempre:
 - ✓ su medidor de glucosa.
 - ✓ Sus pastillas.
 - ✓ y algo dulce, jugo de naranja galletas etc.

Cuando se consuman alimentos de origen animal se deben preferir los bajos en grasas como: pescado, pollo sin piel, quesos frescos, reducir el consumo de carne de res y cerdo, así como reducir el consumo de embutidos.

La dieta debe ser variada en cuanto a verduras y frutas sobre todo los de alto contenido de fibra como por ejemplo: Cayote, nopal, ejotes, granada, naranja, tuna, tejocote.

Se debe moderar el consumo de refrescos y alcohol, y de preferencia no consumirlos.

Cuando salga fuera de casa siempre lleve una identificación con todos sus datos como: nombre domicilio, teléfono y que padece.

Vaya siempre a acompañado de algún familiar.

Caminar siempre por arriba de las banquetas, usar los puentes peatonales

Se recomienda llevar una vida tranquila y relajada, sin enojos o cualquier otro acontecimiento que pudieran alterar los niveles de glicemia.

7. Conclusiones

El proceso de atención de Enfermería constituye la herramienta de trabajo base para el ejercicio profesional que le permite a la enfermera no sólo identificar los problemas derivados del efecto del proceso salud – enfermedad sino también planear, ejecutar y evaluar la prestación del cuidado de enfermería. El proceso de Enfermería como resultado de la investigación científica suministra al enfermero capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje clínico quirúrgico), capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar). Por lo que es importante enfatizar que la calidad de atención de enfermería no puede mejorar sino hasta que la responsabilidad científica se convierta en parte de su actuar diario.

Las exigencias actuales en el campo de la salud obligan al profesional de enfermería a una permanente renovación conceptual de su quehacer profesional, con el propósito de fortalecer los instrumentos científicos que garanticen la calidad del cuidado a la persona, familia y colectivos.

El proceso de enfermería como herramienta básica en el trabajo asistencial del profesional de enfermería requiere, para su aplicación, principios y fundamentos científicos que, aplicados en forma consistente, lleve al reconocimiento de patrones, necesidades y problemas, y a la interpretación de signos clínicos dentro de un contexto muy particular.

Actualmente enfermería hace grandes esfuerzos por ser reconocida como una profesión, y como tal debe disponer de un método de trabajo propio que le permita atender en forma particular el objeto de estudio de la disciplina **El Cuidado**. Además de lo anterior, debe contar con un cuerpo de conocimientos propio, un marco ético-filosófico, un objeto de estudio bien definido.

El proceso atención enfermería no solo es una herramienta que se puede usar en el hospital, si no en la familia y comunidad, además nos hace investigar, el padecimiento, también nos ayuda a introducirnos en el entorno del paciente.

8. Glosario

Atención de enfermería: Conjunto de actividades y comportamientos que aseguran la mejor atención posible del paciente mediante el ejercicio profesional del personal de enfermería.

Diagnostico de enfermería: Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas del paciente, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Empatía: Comprensión y aceptación de los sentimientos de una persona y capacidad de sentir el mundo privado de ésta.

Exploración física: Valoración del cuerpo de un paciente mediante las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, con el fin de llegar a determinar anomalías físicas.

Factor de riesgo: Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.

Familia como entorno: Procedimiento de enfermería cuyo objeto es el paciente como individuo y que considera a la familia como el entorno en el que el paciente lucha por su salud.

Historia clínica de enfermería: Datos reunidos sobre el estado actual del paciente, sobre posibles cambios de forma de vida o de papel sociocultural, así como sobre las reacciones mentales y emocionales a la enfermedad.

Metabolismo: El conjunto de todos los procesos químicos que se desarrollan en organismos vivos, dando lugar al crecimiento, la producción de energía. La eliminación e los productos de desecho y otras funciones relacionadas con el transporte sanguíneo de nutrientes después de la digestión.

Método científico: Según la definición de Kerlinger, el método científico es el estudio sistemático, controlado, empírico y crítico de proposiciones hipotéticas acerca de presuntas relaciones entre varios fenómenos.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Persona: Es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

Proceso Atención Enfermería o Método Enfermero: es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería. Comprende una serie de pasos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas. (Alfaro, 1999).

Valoración: Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recolección de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario que se presenta.

Teoría: Son una serie de conceptos relacionados entre si que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

9. ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de valoración

Anexo 2

Escala de depresión geriátrica

Anexo 3

Escala de valoración de dependencia

Anexo 4

Aspectos que influyen en la nutrición el anciano

Anexo 5

Estado de memoria

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

VALORACION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

I DATOS GENERALES:

Nombre: Manuel López Vázquez Edad: 73 años Sexo: Masculino
Estado civil: Casado Religión: Católico Lugar de nacimiento: Michoacán
Tiene derecho a algún servicio de salud: No

II APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia: Sí Renta: No Otros: No
Con quien vive: esposa y dos hijos y un yerno Trabajo anterior: _____
De donde obtiene sus ingresos: Trabaja por su cuenta
Cubre sus necesidades: Si
Cuenta con algún apoyo comunitario:
Si
Pertenece algún grupo: No
Problemas de salud en los últimos 3 años: No desde hace 2 años
dispone de transporte cuando necesita salir del hogar: Si
Nombre del familiar más cercano: Rosaura Miranda Teléfono: 54 29 39 76
Dirección: calle 4 Mz BLt 13 Col Xalpa

III INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos: No

Fecha de última inmunización para:

- ❖ Tétanos: Hace un año
- ❖ Difteria: No
- ❖ Tuberculosis: No
- ❖ Influenza: Si en octubre 2004
- ❖ Otras: No

IV VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Necesidad de oxigenación:

F.C: 80 F.R: 24 T/A: 120/70

	SI	NO
Tos		X
Rinorrea		X
Secreción nasal		X
Epistaxis		X
Obstrucción nasal		X
Ronquido		X
Resfriados frecuentes		X
Asma o alergias		X
Disnea		X
Disnea de esfuerzo		X
Disnea paroxística nocturna		X
Ortopnea		X
Hemoptisis		X
Expectoración		X
Respiración sibilante		X
Murmullo soplo		X
Edema de miembros inferiores		X
Cambios de coloración de la piel en miembros inferiores		X
Varices		X
Claudicación intermitente		X
Parestesias		X

Fecha y hora de la última radiografía de tórax

Principios del año 2003

Observaciones:

No se observa ninguna anomalía

Edad: 73 años Sexo: Masculino Peso: 39 Talla: 145

Dolor de garganta		X
Lesiones o úlceras en la boca		X
Dificultad para deglutir		X
Gengivorragia		X
Caries		X
Alteración del gusto		X
Problemas de masticación		X
Prótesis dental		X
Infección bucal		X
Náuseas o vómito		X
Cambio de apetito		X
Dolor abdominal o intestinal		X
Polifagia		X
polidipsia		X
Úlcera gástrica		X
Intolerancia alimenticia		X
Indigestión		X
Acidez de estomago		X
Anemia		X
Hematemesis		X
Variación de peso	X	
Tumoración gástrica o intestinal		X

Historia de transfusión sanguínea: No

Fecha de último reconocimiento odontológico: Hace 8 meses

Método de cepillado de los dientes: Si sabe el método de cepillado

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental: No usa prótesis dental

Valoración sobre los aspectos que influyen en la nutrición (preguntas anexadas)

No esta bien informado al respecto sobre este tema

Patrón de eliminación intestinal: Evacua de 1 a 2 veces al día de consistencia pastosa y coloración café o amarilla

Observaciones: No hay ninguna observación al respecto.

3. Necesidad de eliminación:

Orina: Color: amarilla Olor: Normal Cantidad: 1 200 ml al día
Ph: 6.0 Densidad: 1.0 20 Proteínas: No
Sangre: No Glucosa: No Cetonas: No

Heces: Color: Amarillas Olor: Característico Consistencia Pastosa
Frecuencia: de 1 a 2 veces al día Configuración: Normal
Presencia de sangre: no se encuentra.

Sudor: Cantidad: Aprox. 50ml Olor: Característico Horario: 12 alas 16 hrs
Situación en la que se da la sudoración: Estando en actividad física

	SI	NO
Disuria		X
Polaguiuria		X
Poliuria		X
Oliguria		X
Nicturia		X
Hematuria		X
Goteo terminal al orinar		X
Urgencia		X
Dificultad para iniciar la micción		X
Incontinencia fecal		X
Dolor al miccionar		X
Problema de litiasis renal		X
Infección urinaria		X

Secreción a nivel del pene		X
Testículos dolorosos		X
Tumoración a nivel de testículos		X
Problemas prostático		X
Enfermedad de transmisión sexual		X
Cambios en la libido		X
Impotencia		X
Preocupación acerca de la actividad sexual		X

Observaciones Ninguna

4: Necesidad de movimiento y postura:

	SI	NO
Articulaciones dolorosas		X
Rigidez articular		X
Deformación de articulaciones		X
Espasmos musculares		X
Calambres		X
Parálisis		X
paresias		X
Inflamación articular		X

Parestesias		X
Tic, temblores o espasmos		X
Debilidad muscular		X
Dolor de espalda		X
Problemas de deambulaci3n		X
Pr3tesis		X
Lesi3n cerebral		X

Clase de ejercicio que practica habitualmente: Caminar

En los 3ltimos tres a3os ha sufrido alg3n traumatismo o ca3da: No

Escala de valoraci3n sobre:

Actividad de la vida diaria: Todas las realiza sin ning3n problema

Actividad de la vida diaria instrumentada las realiza sin ning3n problema

Marcha: Sin alteraci3n

Balance: Sin problema

Observaciones: todo lo realiza sin ning3n problema

5: Necesidad descanso y sue3o:

	SI	NO
Dolor de cabeza		X
V3rtigo		X
Vah3dos		X
Rigidez men3gea		X
Dolor o sensibilidad en el cuello		X
Convulsiones		X
Sincope		X
Problemas de memoria	X	
Disturbios del sue3o		X

Traumatismo cefálico, importante en el pasado: No

Valoración neurológica: No

Condiciones del entorno que impiden el descanso o sueño (sonidos, luz, temperatura, colchón, etc.): El ambiente es favorable para su buen descanso

Observaciones: Su descanso y sueño son aceptables

6: Necesidad de de usar prendas de vestir adecuadas:

	SI	NO
Exihicionismo		X
Tiene capacidad para vestirse	X	
Tiene capacidad para desvestirse	X	
Las prendas de vestir están sucias	X	
Prendas de vestir inadecuadas a la situación		X
Espacio inadecuado para mantener su ropa sucia limpia y en orden		X

Problemas físicos o del entorno que le impiden lavar y planchar su ropa: No hay ningún problema

Otros factores No se observa ninguno

Observaciones: Ninguna al respecto

7.: necesidad de termorregulación:

Temperatura: 36.5

	SI	NO
Exposición al sol	X	
Exposición al frío	X	
Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental		X
Habitación fría		X
Habitación caliente		X
Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales		X

Otras situaciones que impidan la termorregulación: ninguna

Observaciones: _____

8: Necesidad de higiene y protección:

	SI	NO
Lesiones de la piel		X
Heridas		X
Cambios en la pigmentación de la piel		X
Cambios en la textura		X
Cambios en los nevos		X
Hematomas frecuentes		X
Cambios en el pelo		X
Cambios de la uñas	X	
Callos		X
juanetes		X

Forma de cicatrización de las lesiones o de los hematomas: _____
No presenta ningún problema

Forma de hacer el autoexamen de las manos: no lo realiza

Descripción de lesiones cutáneas o de los anexos de la piel: Presenta
descamación en las uñas de los miembros inferiores y entre los interdigitales

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: _____
No existe factor de riesgo

Observaciones: _____

9: Necesidad de evitar peligros:

	SI	NO
Somatización		X
Hipocondriasis		X
Factores de riesgo a caídas		X
Suelo encerado		X
Suelo mojado		X
Cables en el piso		X
Suelo con desniveles		X
Falta de iluminación en escaleras		X
Falta de iluminación en la habitación		X
Existencia de alcantarillas		X
Barandales en la cama		X

Riesgo a accidentes	X	
Disminución auditiva	X	
Disminución visual		X
Disminución de reflejos	X	

Otros: _____

Observaciones: _____

10. Necesidad de comunicación:

Ansioso		X
Deprimido		X
Acceso de llanto		X
Nervioso		X
miedoso		X
Problemas para tomar decisiones		X
Dificultad para concentrarse		X
Estrés o tensión actual		X
Cambios en la voz		X
Problemas de la memoria	X	
Afasia		X
apraxia		X

OJOS:

Lagrimo en exceso		X
Prurito en los ojos		X
Inflamación en párpados		X
Partículas flotantes		X
Diplopía		X
Visión borrosa		X
Cambios de visión		X
fotofobia		X
Escatoma		X
Uso de gafas o lentes	X	
Infección o dolor frecuente		X

OIDO:

	SI	NO
Tinitus		X
Secreción ótica		X
Vértigo		X
Sensibilidad auditiva		X
Infección ótica		X
Prótesis auditiva		X
Cambios en la audición	X	

Manejo de satisfacción frustración Todas sus emociones las sabe manejar

Mecanismo de adaptación habituales: _____

Fecha y resultado de último reconocimiento visual: _____
 Aproximadamente hace un año Año _____

Fecha y resultado de ultima verificación para glaucoma: Nunca se los
ha realizado

Fecha y resultado de último examen otológico: _____
Nunca se lo ha
realizado

Costumbres particulares en el oído: _____
Ninguna

Tipo de comunicación verbal: Se le habla más fuerte y se le repiten
algunas cosas cuando no las entiende

Tipo de comunicación no verbal: Ninguna

Actitud y facilidad de relación: Tiene facilidad para relacionarse

Utilización de mecanismos de defensa: No es necesario

Condiciones del entorno que limitan la comunicación: No las hay

Calidad y cantidad de la interacción familiar (familiograma anexo): _____

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): _____

Observaciones: _____

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

	SI	NO
Viste de acuerdo a un grupo social o religioso		X
Pertenece a una religión concreta	X	
Dios tiene importancia para ella o él	X	
Le resulta de ayuda	X	
La oración	X	
La lectura	X	
La escritura	X	
Alguna práctica religiosa	X	

La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:

Dios		X
Sobre la fe		X
Sus propios sentimientos		X

Significado de Dios para ella o para él: Significa todo

Qué es lo que más le preocupa al estar enfermo: Nada por que todo esta bien.

Qué o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda: Acude a sus hijos o esposa.

Que es lo que más le ayuda cuando tiene miedo: Más que nada se refugia en la oración.

Tiene algún temor o esperanza en concreto: No tiene ningún temor

Tiene algún negocio o asunto pendiente: No nada pendiente.

Como maneja las perdidas significativas: Como algo que tiene que suceder algún día

Sentimientos sobre la muerte: Es algo natural que algún día tiene que ocurrir

12. necesidad de trabajo y realización:

Problemas para realizar algún trabajo:

	SI	NO
Impedimento físico		X
Impedimento mental		X
Pertenece algún grupo de la tercera edad		X
Rechaza las actividades		X

13. Necesidad de jugar

Ocupación del tiempo libre: Arregla las cosas que están mal o busca algo que hacer, se mantiene ocupado

Que hace para socializarse: Platica con su esposa , sus hijos o vecinos

Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas: Juega con sus nietos les hace bromas

14. Necesidad de aprendizaje:

Escolaridad: Termino la primaria

Capacidad de atención y memoria: Se le olvidan las cosas con facilidad

Interés de aprender su autocuidado: Mucho es una persona que sigue las indicaciones que se le dan para conservarse bien.

Interés por aprender educación para la salud: Si cuando tiene alguna duda sobre su padecimiento pregunta.

Otro interés de aprendizaje: Sí hay algo más que aprender si se interesa

Observaciones: _____

V.- MEDICAMENTOS PRESCRITOS NO PRESCRITOS O MEDICINA TRADICIONAL

NOMBRE DEL FARMACO	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	ULTIMA TOMA	REACCION ALERGICA
metmorfina	½ tableta	Entre comida	1/1/2003		no

Sabe para qué toma cada uno de los medicamentos: Si para controlar el azúcar

Desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: Si ya que se siente cansado y ya no orina muchas veces

Realiza algún control adicional con su tratamiento medico como son:
Dieta: Solo elimino el azúcar

Ejercicio: solo camina por media hora diario

Control de la T.A: Si se le toma cada ocho días

Registro del pulso: No

Registro de la respiración: No

Registro de la glucosa en sangre: Cada vez que va a su cita con el Médico, y cada tercer día con un glucómetro

Control de glucosa en orina: No

Revisión periódica de visión: No

Audición: No

Prostática: No

Memoria: No

Otra: No

Control de anticoagulantes: no

Con que frecuencia visita al médico: Cada 2 o 3 meses

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: No había presentado problemas de salud hasta apenas con la diabetes

Utiliza medicina alternativa: SI NO X

Cuál: _____

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Nombre: Manuel López Vázquez Sexo: Masculino

Fecha de evaluación: 8 de marzo 2005 edad: 73 años

- | | |
|--|----------------------------|
| 1.- ¿Está satisfecho con su vida? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 2.- ¿Ha abandonado usted mucho de sus intereses y actividades? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 3.- ¿Siente usted que su vida está vacía? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 4.- ¿Se aburre usted con frecuencia? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 5.- ¿Está usted molesto por pensamientos que no pueden alejarse de su mente. | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 6.- ¿Tiene usted esperanza en el futuro? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 7.- ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 8.- ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 9.- ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 10.- ¿Se siente usted frecuentemente desamparado? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 11.- ¿Se siente usted intranquilo o nervioso con frecuencia? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 12.- ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 13.- ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 14.- ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 15.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 16.- ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 17.- ¿Siente usted que nadie lo aprecia? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 18.- ¿Se preocupa usted mucho por el pasado? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 19.- ¿Cree usted que la vida es muy emocionante? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 20.- ¿Le es difícil a usted empezar nuevos proyectos? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 21.- ¿Se siente usted lleno de energía? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 22.- ¿Siente usted que su situación es desesperante? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 23.- ¿Cree usted que los demás están mejor que usted? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 24.- ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 25.- ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 26.- ¿Tiene usted problemas para concentrarse? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 27.- ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas? | SI <u>X</u> NO <u> </u> |
| 28.- ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |
| 30.- ¿Está su mente tan clara como solía estar antes? | SI <u> </u> NO <u>X</u> |

TOTAL DE PUNTOS:

(Yesavege)

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

VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR	PUEDA HACERLO SOLO	CON AYUDA	INCAPAZ DE HACERLO
Beber una taza	4	0	0
Alimentarse	6	0	0
Vestirse parte superior	5	3	0
Vestirse parte inferior	7	4	0
Colocarse una prótesis	2	0	0
Arreglo personal	6	0	0
Aseo y baño	6	0	0
Control de micción	10	5	0
Control de evacuación		Ocasional	incontinencia
Sentarse y levantarse de una silla	15	7	0
Entrar o salir de tina			
O regadera	1	0	0
Sentarse o levantarse del W.C	6	3	0
Caminar 20 metros planos	15	10	0
Subir o bajar 15 o 20 Escalones	10	5	0
Capacidad de maniobrar Silla de ruedas	5	0	0

MÁXIMO VALOR

100 PUNTOS = INDEPENDIENTE

60 PUNTOS = INTERDEPENDIENTE

MÍNIMO VALOR

40 O MENOS = DEPENDIENTE

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE 91

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

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO

1. ¿Cuales son las limitaciones físicas del anciano? Ninguna
2. ¿Puede hacer planes para satisfacer sus necesidades alimenticias? Si
3. ¿Conoce sus necesidades alimenticias? No
4. ¿Físicamente es capaz de ir a comprar sus alimentos? Si
5. ¿Puede encargarse de su alimentación por sí mismo? No
6. ¿Tiene alguna necesidad nutricional específica o restricción dietética? Si
7. ¿Alcanza a comprender lo suficiente mente bien su padecimiento y necesidades como para cumplir sus instrucciones dietéticas? Si
8. En caso de que no pueda controlar por sí mismo su dieta
¿Qué opciones le quedan?
9. en caso de que no pueda cuidar de sí mismo. ¿Podrían los que conviven con el asumir esa responsabilidad? Si
10. ¿se muestra deseoso de aceptar su dieta? No
11. ¿Tiene capacidad el anciano para preparase el mismo su dieta? No
12. ¿cuenta con los utensilios necesarios para preparar su dieta? Si
13. ¿Hay un sitio agradable para que coma cómodamente? Si
14. ¿ Hay posibilidad de comer en compañía de alguien? Si
15. ¿tiene algún patrón alimenticio? No
16. ¿hay alimentos que disgusten o no tolere el paciente? algunos
17. ¿Que tipo de alimento consume en in día común y corriente?
(en 24 horas)

Sopa de pasta o arroz
Carne (poca no le gusta mucho)
Verduras, leguminosas
Leche o avena
Tortilla y suficiente agua.

(Canevali, D.L.Y.M. Patrick: 250-252)

10. Referencia bibliográfica

Cardenito Juall Lynda Planes y cuidados y documentación en enfermería Editorial McGraw-hill Interamericana. México 2003. Pp. 133,134, 135, 137.

Cervera Pilar. Clapes Jaume, fas, Rigolfas Rita alimentación y dietoterapia 4ª Edición Edt McGraw.hill Interamericana. México. 2004 Pp. 279, 280,281.

Donahue, Phd, Rn M Patricia Historia de la Enfermería Edt. Ediciones Doyma. España 1985. Pp. 34,37, 38, 43, 49, 56, 71, 72,249.

Fernández Ferrín Carmen El Proceso de Atención de Enfermería. Ediciones científicas y técnicas. 1993. Pp. 1-57.

García González Ma. De Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson 1ª Edición Editorial Proceso México 1997. Pp. 8,11, 13, 14.

L. Riopelle, L. Grundin M Phaneut. Cuidados de Enfermería Un proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. McGraw-hill Interamericana. Madrid 1997. Pp. 10-70.

Martínez Arrote Felipe Tópicos de Gerontología. 1ª edición Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México. 2001. Pp. 42,48, 80,81.

M Nettina Sandra Manual de Enfermería Práctica. Editorial McGraw-hill Interamericana. México 1999. Pp. 291, 296, 297,298.

Nordmark/Rohweder Bases científicas de la enfermería 2ª edición editorial el Manual Moderno México 2002. Pp. 282, 283, 289, 384, 389, 391, 589, 591, 612, 613,615.

Zubirán Anchundo. S, Ríos Espinosa. E. Marzo-abril 2000. "El dulce control de la diabetes". C.N. Vol 23. Pp. 360, 361, 364.

S/Autor S/año "Historia de la enfermería", en: <http://www.el.enfermero.net>. [8 Mayo 2005], Pp. 7.

Grupo diabetes de la SAMF Y C (Julio 2004). "Diabetes en el anciano", en: <http://www.cica.es/aliens/samfyediabanc.htm>. [8 Mayo 2005], Pp.4.

Martínez Neira Dalia (agosto 2002). "Maltrato a un adulto mayor que no oye bien" en: <http://www.redespeciales/ponencias3>. [12 mayo 2005], Pp.8

Paz Soto cecilia, Campos Verdugo Ana (1998). "Glosario", en: http://www.uc.cl/sw_edu/enfermeria/valoracion. [14 junio 2005], Pp.6

Roldán de T Amparo, Stella Fernández de S María (1998). "Proceso Atención Enfermería", en: <http://www.tone.udea.edu.co>. [20 abril2005], Pp. 12

S/Autor S/Año "Virginia Henderson", en: <http://www.terra.es/personal>. [10junio 2005], Pp.2.

S/Autor S/Año "Tercera edad", en: <http://www.cddhcu.gob.mx/cronica>. [5 Julio 2005], Pp.5.

Genua Goena Mª Isabel. (Agosto de 2001). "Nutrición y valoración del estado nutricional del anciano", en: <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>. [5Julio 2005], Pp.4.

S/Autor S/Año (27 Agosto 2005). "El Proceso de Envejecimiento en México", en: <http://www.conapo.gob.mx>. [2 Septiembre 2005]. Pp. 1.