



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA


PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON DESEQUILIBRIO
NUTRICIONAL POR EXCESO RELACIONADO CON DÉFICIT EN
LA ACTIVIDAD FÍSICA

Para obtener el título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:
Gutiérrez Chavarría Mérida

No. de cuenta:
085512333

Directora de Trabajo


Lic. Leticia Sandoval Alonso

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

México, julio 2005

m. 348577



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	3
III.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO	4
IV.- MARCO TEÓRICO	
- 4.1 Evolución histórica de la Enfermería	6
- 4.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson	8
- 4.3 Proceso Atención de Enfermería	13
- 4.4 El Proceso de envejecimiento	24
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
- Presentación del Caso	27
- Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería	30
✓ Valoración de las 14 Necesidades Básicas	
✓ Diagnóstico de Enfermería	
✓ Planeación de Cuidados	
✓ Ejecución	
✓ Evaluación	
VI.- CONCLUSIONES	54
VII.- SUGERENCIAS	55
VIII.- GLOSARIO	56
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
X.- ANEXOS	59
- ANEXO NO.1 INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DE NECESIDADES	
- ANEXO NO. 2 PLAN DIETÉTICO	
- ANEXO NO. 3 ALIMENTOS Y EQUIVALENTES	
- ANEXO NO. 4 PLAN DE EJERCICIOS	

I.- INTRODUCCIÓN

Se optó como trabajo de titulación la realización de un Proceso Atención de Enfermería porque su aplicación permite implementar una serie de acciones para mantener el bienestar óptimo de la persona, o bien el recuperar su salud; además de brindar la oportunidad a los profesionales de enfermería de aplicar los conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona, familia y comunidad, ante los problemas reales o potenciales de salud.

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson es el proporcionar cuidados de enfermería que favorezcan una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, teniendo a la persona como centro de atención y buscando el que logre su independencia para la propia satisfacción de sus necesidades. De ahí que cuando una necesidad permanece insatisfecha, repercute con frecuencia en otras necesidades; existiendo lazos esenciales entre las distintas necesidades de la persona.

Como individuos, tenemos el poder y la responsabilidad de mantener nuestro organismo en equilibrio a través de mantener satisfechas nuestras necesidades de forma independiente.

Para la aplicación del Proceso se seleccionó a una persona de 75 años, adulto mayor con sobrepeso (de acuerdo a su talla), con actividad física reducida y quien se sabe diabético desde hace 15 años.

Durante la implementación del Proceso se aplicaron las 5 etapas de que consta :
Valoración, en la cual se aplicó un instrumento basado en el modelo de Virginia Henderson, además de realizarse exploración física utilizando para ello algunos auxiliares diagnósticos, como son baumanómetro, estetoscopio, glucómetro, termómetro, cinta métrica y báscula.

Para la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería se utilizaron las definiciones y clasificación emitida por la NANDA.

Dentro de la Planificación se crearon objetivos enfocados a satisfacer las necesidades que presentaba la persona. Además se realizó la priorización de las necesidades no satisfechas detectadas, con base en eso se planearon las intervenciones de enfermería.

Tanto la ejecución como la evaluación se fueron aplicando de forma simultánea, realizando los ajustes necesarios e implementando estrategias para el logro de los objetivos planteados.

El presente Proceso se estructuro de la siguiente forma:

En el segundo capítulo se establecieron los objetivos generales y específicos, que se pretendieron alcanzar. En el tercer capítulo se describe la metodología que se siguió para la aplicación y desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.

En el cuarto capítulo se presenta el marco teórico, en el cual en un primer momento se hace referencia a los antecedentes históricos de la Enfermería, posteriormente se abordan los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson; después se describen las etapas de que está conformado el Proceso Atención de Enfermería y por último se desarrolla el tema de como se da el Proceso de la vejez.

En el quinto capítulo se desarrollan cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería en donde se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas basadas en el modelo de Virginia Henderson.

EL sexto capítulo se presentan las conclusiones a las que se llegó con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería y en el capítulo séptimo se dan las sugerencias.

Al final del trabajo se incluyen los anexos, que lo conforman el instrumento de valoración que se utilizó para la detección de necesidades , un plan dietético para una persona diabética, una tabla de alimentos y sus equivalentes y un plan de ejercicios.

II.- OBJETIVOS

I.OBJETIVOS GENERALES

- 1.1 Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson en la persona, logrando a través de las intervenciones de enfermería maximizar la calidad de atención.
- 1.2 Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica a la práctica profesional.

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1 Valorar el potencial de la persona para satisfacer sus necesidades relativas a su estado de salud.
- 2.2 Realizar intervenciones de forma organizada y priorizada , implementando estrategias que ayuden a una pronta recuperación de la salud.
- 2.3 Conducir a la persona un grado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades.

III.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la realización del presente trabajo fue necesaria la asistencia a 5 sesiones del seminario de titulación, impartido durante los meses de marzo y abril del 2005, con asesorías los días miércoles de 13 a 15 hrs.

La asesora sugirió bibliografías para la teoría sobre Proceso Atención de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson, realizándose en cada asesoría la revisión y discusión de cada una de las etapas del Proceso, al mismo tiempo que se iba construyendo el Proceso.

Desde la primera se realizó la selección de una persona a quien aplicar el Proceso, ya fuese del ámbito hospitalario o comunitario. Por lo cual seleccione a un adulto mayor de 75 años, con sobrepeso (con respecto a su talla), que se sabe diabético desde hace 15 años y el cual no realizaba actividad física alguna, el cual fue contactado en su domicilio.

Se realizó la revisión de la etapa de Valoración y de las 14 necesidades básicas, utilizando como guía para esta etapa un instrumento que fue realizado basándose en el modelo de Virginia Henderson, además de definir como sería aplicado para detectar el grado de dependencia e independencia de la persona.

Se planeó que la realización de la valoración de las necesidades básicas de la persona seleccionada fuese en su domicilio, siendo necesario realizar 3 visitas durante el mes de abril, las valoraciones duraban aproximadamente de 2 a 3 hrs. Se hizo primero de forma individual con la persona y posteriormente se invitó a participar a su familia (esposa) en el interrogatorio.

Para la exploración física se utilizó como auxiliares diagnósticos el estetoscopio,

baumanómetro de mercurio, termómetro, cinta métrica, báscula y glucómetro.

Se revisaron estudios de laboratorio (BH, QS Perfil de lípidos y EGO), que fueron realizados a la persona con anterioridad de 6 meses a 1 año antes de la fecha en que se realizó la valoración.

Se clasificó la información a través de relacionar a la persona objeto de estudio con los supuestos principales de alteraciones de la salud de acuerdo al modelo de Virginia Henderson y al grado de independencia y dependencia que presentaba.

Durante el mes de mayo, se elaboraron Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía de la NANDA, para lo cual se consultaron diversas fuentes bibliograficas acerca de los criterios para la elaboración de los diagnósticos.

Se elaboró el Plan de Cuidados durante el mes de mayo y junio del 2005, para lo cual se realizó primero la priorización de necesidades no satisfechas detectadas y se plantearon objetivos para cada necesidad.

A partir de los meses de mayo y junio se planearon asesorías de forma individual o en parejas, de acuerdo a los avances y dudas que iban surgiendo en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.

Se estableció un Plan de acción, previendo los medios a utilizar, las actividades a realizarse y la organización de las intervenciones, implementando estrategias que permitieran cumplir los objetivos trazados.

La Ejecución y evaluación del Proceso se llevó a cabo durante los meses de junio y julio del 2005. La ejecución del Proceso se realizó de forma simultánea evaluando si las intervenciones eran las correctas o si había que implementar otras .

Durante los meses de julio y agosto a través de asesorías individuales, tanto presenciales como no presenciales (vía internet), se realizó la revisión del trabajo final así como las debidas correcciones .

IV.- MARCO TEORICO

4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA

La enfermería cuenta con milenios de práctica de cuidados que ha legado a constituir una habilidad, lo que ha permitido desarrollar técnicas desde las primitivas rudimentarias a las más matizadas y sutiles e incluso tecnificadas con que cuenta en la actualidad. La práctica de enfermería no sólo ha ejercido una actividad, también ha reflexionado sobre sí misma, cimentando los conocimientos teóricos pertinentes a su actividad, al qué y al cómo de su ejercicio profesional, situación que se ve reflejada a través de la historia.

Antes de los principios de la Era Cristiana (1-500 d.C.), el cuidado del enfermo lo realizaban las mujeres en sus hogares. Más tarde, las ordenes monacales desempeñaban funciones de enfermería como parte de sus actividades. La primera orden de enfermería, las Hermanas Agustinas, se fundó en la Edad Media. Este, probablemente, fue el primer grupo organizado que prestaba atención de este tipo.

Antes de la Reforma del siglo XVI, las instalaciones hospitalarias las organizaba la Iglesia Católica principalmente. Con la Reforma que comenzó en 1517, decreció el interés de la gente por la religión. Esto ocurrió en una época denominada " periodo oscuro " de la historia de la enfermería. Los hospitales, se hallaban en lugares insalubres, oscuros y abandonados. Los cuidados los realizaban mujeres que se nos describen como ebrias, crueles e inmorales. Llevaban a cabo el trabajo doméstico, hacían la colada y toda la limpieza por muy poco dinero. No se exigía a las enfermeras formación alguna, y no era raro que trabajasen de 12 a 40 horas seguidas. Esta época duró hasta mediados del siglo XIX (Donahue,1998).

La era de la Reforma de la enfermería está marcada por el trabajo de la enfermera británica Florence Nightingale en la Guerra de Crimea (1854-56).

Sus esfuerzos hicieron que la enfermería fuera considerada definitivamente como una profesión respetable; sin embargo, no se paró ahí. Además de luchar por la limpieza y la comodidad de los centros sanitarios, trabajó por la enseñanza del pueblo tomando medidas de salud, en un intento de erradicar las enfermedades extendidas debido a las miserias condiciones de las ciudades. Creía en la prevención y en los cuidados de todo el individuo, y recordaba a sus compañeras que se asegurasen de que los enfermos tuvieran siempre aire fresco, agua potable, medicación apropiada, tranquilidad, movilidad y que supiesen como cuidarse ellos mismos posteriormente. Sus ideas son ahora modélicas.

El principal objetivo de su reforma fue la educación de las enfermeras. Otra de sus muchas realizaciones fue la creación de la Escuela de Enfermería en el St. . Thomas Hospital de Londres, en 1860. Se ha comprobado que hizo el primer programa organizado de educación para enfermeras. También colaboró en los primeros servicios a domicilio.

En Norteamérica, el nacimiento de la enfermería y los servicios de salud fue ligeramente anterior a la Revolución Americana (1775-83). Una organización importante es la Nurse Society of Philadelphia, que daba a las mujeres unos conocimientos mínimos de obstetricia para capacitarlas a ayudar a las personas que daban a luz en las casas.

Los últimos años del siglo XIX fueron un periodo de rápida reforma en los servicios de enfermería en los Estados Unidos y Canadá. Las escuelas empezaron a impartir programas organizados. De ellas salieron enfermeras que serían más tarde, líderes de la profesión. (Hernández, 1995).

4.2 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HERDERSON

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. A través de sus experiencias teóricas y prácticas fue que se preguntó que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“ La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. (Henderson, 1987).

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y lograr su preservación física y mental. (Fernández , 1995).

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. PERSONA

Necesidades Básicas

2. SALUD

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados Básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales

Henderson en su libro Enfermería Teórica y Práctica (1988) define así cada uno de ellos:

1. PERSONA. Necesidades Básicas:

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

NECESIDADES FUNDAMENTALES:

- ✓ Necesidad de oxigenación
- ✓ Necesidad de Nutrición e hidratación
- ✓ Necesidad de Eliminación
- ✓ Necesidad moverse y mantener una buena postura
- ✓ Necesidad de descanso y sueño
- ✓ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- ✓ Necesidad de termorregulación
- ✓ Necesidad de higiene y protección de la piel
- ✓ Necesidad de evitar los peligros y mantener la integridad física y mental
- ✓ Necesidad de comunicarse

- ✓ Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- ✓ Necesidad de trabajar y realizarse
- ✓ Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
- ✓ Necesidad de aprendizaje

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera debe prestar cuidados personalizados, ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Fernández Ferrín (1995) hace la referencia de que :

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como " falta de fuerza", " falta de conocimiento" o " falta de voluntad".

2. SALUD. Independencia/ Dependencia y causas de dificultad.

El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación(entorno).

El modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

Las Causas de Dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades (Henderson, 1988) :

- ✓ Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo par llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- ✓ Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- ✓ Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

3.ROL PROFESIONAL. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud.

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson " ... éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación..."

En relación al paciente, Henderson afirma que "... todos los miembros del grupo deben considerar a la **persona** que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo".

El Paciente o **persona** es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

4. ENTORNO

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. La autora menciona una vez de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. (Fernández , 1995).

4.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de salud.

Yura y Walsh (1988) afirman que :

“ El Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarlo de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida de la persona , elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”.

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y de la comunidad. El Proceso Atención de Enfermería consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, con la persona como centro de atención .

Las Ventajas que ofrece el Proceso Atención de Enfermería son:

- ✓ El empleo del Proceso es benéfico para la persona y la familia. Los anima a participar de forma activa en la atención, al incluirles en las cinco etapas del proceso. La persona proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.

- ✓ La aplicación del Proceso aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional. El desarrollo de relaciones significativas entre profesional de enfermería y persona se ve facilitado por el Proceso Atención de Enfermería. Las recompensas obtenidas por la práctica de la Enfermería suelen derivar de la capacidad del profesional de enfermería para ayudar a la persona a cubrir las necesidades identificadas. Planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía y evitan la frustración generada por los ensayos, y errores de la práctica de la enfermería.

- ✓ El Proceso de Enfermería potencia el desempeño profesional y favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. La interacción con diferentes personas y con otros profesionales de la atención sanitaria, favorece el refinamiento de sus capacidades de comunicación verbal y no verbal. De este modo se potencia la eficacia del profesional de enfermería en la práctica diaria (Alfaro, 1995).

4.3.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

- En 1955 Lidia Hall da origen al término proceso de enfermería.
- En 1957, Faye Abdellah dio la primera definición de diagnóstico.
- En 1965, McCain introduce por primera vez el término Valoración. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración. Recogió y registró datos objetivos y subjetivos.
- En 1965, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes. Afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.
- La ANA, 1973, publicó los criterios de la práctica de enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos:
 - o Valoración.
 - o Diagnóstico.

- Planificación.
 - Ejecución.
 - Evaluación.
- 1973, Gebbie y Lavin, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería, basándose en el modelo de la ANA.
 - 1974, Bloch consideró controvertido el término diagnóstico.
 - 1980, la ANA consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería.
 - 1982, la ANA se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
 - 1991, la NANDA revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos.
 - 1994, la JCAHO proceso de enfermería como documento de las fases de cuidados del paciente.
 - 1977 es cuando comienza en España el Plan de Estudios de Enfermería.

4.3.2 DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado que se utiliza para identificar los problemas de salud y aplicar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades.

4.3.3 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes.
- Determinar:
 - Las prioridades de los cuidados.
 - Poner en práctica los objetivos.

- o Evaluar los resultados esperados.
- o Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- o Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.

4.3.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Finalidad. Conseguir cuidados de 'calidad' dirigidos al paciente, familia o comunidad.

Dinámico y Flexible. Responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.

Universal. Pues se adapta a todos los campos de enfermería (atención primaria, Hospital,...)

Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.

Individual. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.

Interpersonal. El proceso exige que el personal de enfermería se comunica directa e individualmente con el paciente.

Continuo. Porque exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día (Rodríguez,2000).

4.3.5 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

I. – VALORACIÓN

La Valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería, la cual puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas de la persona. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para detectar las necesidades, establecer prioridades y planear intervenciones.

En resumen, la fase de valoración, consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias.

(Phaneuf Margot, 1993).

FUENTES DE DATOS:

- Primaria → Paciente. Fuente principal.
- Secundaria →
 - Personas (familia, otros enfermeros,...)
 - Registros (análisis, etc.) Publicaciones (lo que aparezca nuevo de esa enfermedad).

DEPENDIENDO DE QUIEN APORTA EL DATO, PUEDEN SER:

- **Subjetivos** (síntomas o datos recubiertos): Son los transmitidos por el paciente y solo él puede describirlos. (Dolor de cabeza, prurito,...)
- **Objetivos** (signos o datos manifiestos): Son los datos que se observan o verifican realizada por la persona que recoge los datos. (Eritema o vesículas).

VALIDAR Y ORGANIZAR LOS DATOS

- a) Confirmar por medio de un resumen los datos subjetivos.
- b) Comparar datos con distintas fuentes.

II. – DIAGNÓSTICO

Es un juicio clínico establecido en función de las respuestas (humano, familia y comunidad) ante procesos reales o potenciales.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los Diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.

Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de Enfermería, que se ejecuta y se evalúa.

Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

El enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones, de cuyos resultados es responsable el profesional de enfermería. (NANDA,2003-2004, CARPENITO, 93).

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Diagnóstico de salud real: en el que a partir de la valoración de enfermería, reúne todos los datos confirmatorios de su existencia.

Diagnóstico de salud potencial: se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios / riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.

Diagnóstico posible: cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.

FASES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- 1) Analizar e interpretar los datos: confirmar y agrupar los datos.
- 2) Identificar las necesidades o problemas del paciente.
- 3) Formulación del diagnóstico de enfermería.
- 4) Validar el diagnóstico.

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS:

1. Etiqueta Diagnóstica o nombre: consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
2. Definición: incluye una explicación concluyente del diagnóstico que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
3. Características definitorias: son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características se recogen en la valoración, y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.
4. Factores relacionados: son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Siendo descrito como relacionado con... Cabe añadir que cuando el diagnóstico es Potencial, no existen características definitorias, y a los factores relacionados se les denomina Factores de Riesgo.

TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA:

Es la clasificación de todos los diagnósticos de enfermería, emitidos y validados por la NANDA.

La taxonomía de NANDA ha sido escogida por el hecho de ser una taxonomía compatible con el uso del Modelo de Virginia Herderson, ya que es una de las toxonomías más conocidas y porque su elaboración corresponde a un trabajo riguroso y científico.

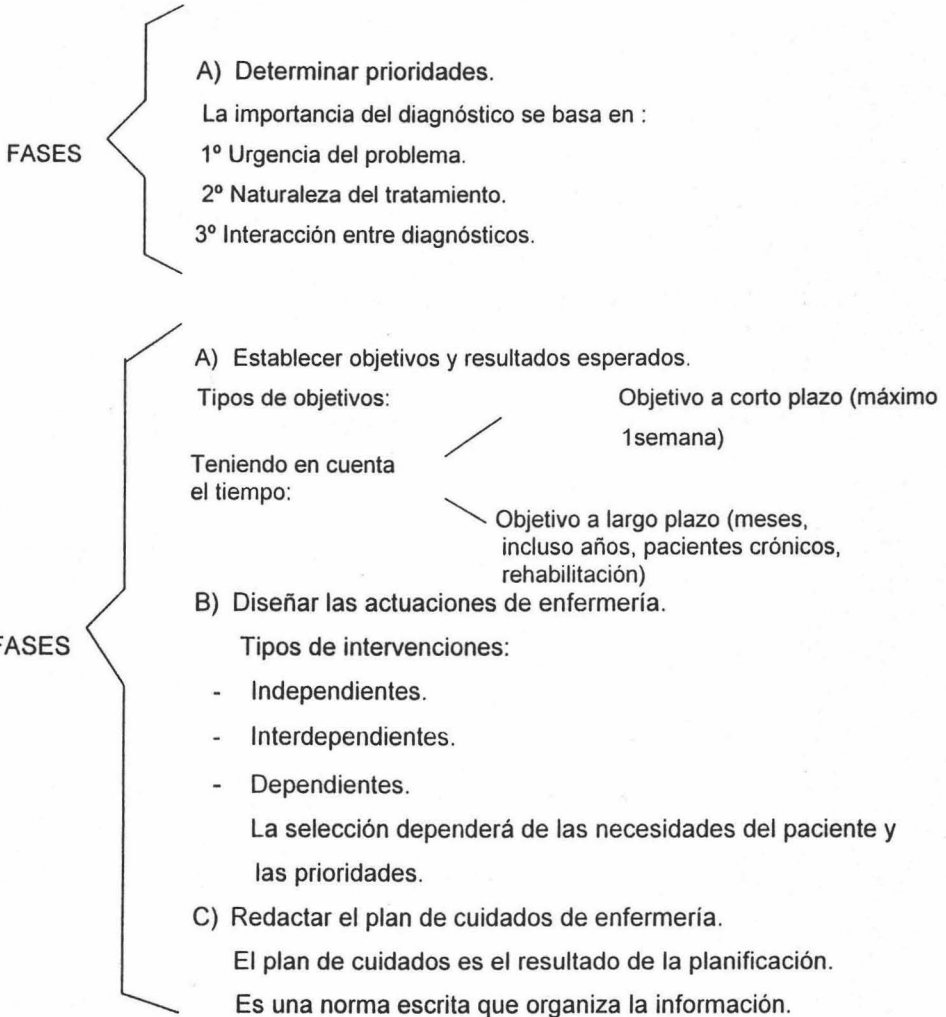
PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA REDACTAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (Mi Ja Kim, 1994):

- 1º - Escribir el diagnóstico en términos de respuesta del paciente, no de las necesidades.
- 2º - Redactar el diagnóstico enfermero en términos legalmente aconsejables. (El diagnóstico enfermero tiene que reflejar la realidad pero no debemos cometer un error por la inexperiencia de los términos, definir bien la causa o factor).
- 3º - Redactar el diagnóstico de enfermería sin un juicio de valor.
- 4º - No invertir el enunciado del diagnóstico (primero etiqueta y luego "Relacionado con", primero respuesta humana y segundo causa).
- 5º - Asegurar que los elementos del enunciado no digan la misma cosa.
- 6º - Excluir o no utilizar diagnósticos médicos en el diagnóstico enfermería y en la causa.
- 7º - Expresar el factor relacionado de forma que pueda ser modificado. (Ej.: Modificar la respuesta humana con respecto a la pérdida de la pareja, situación adaptativa a la nueva experiencia).

III.- PLANEACIÓN

Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el cliente (Rodríguez, 2000).

La Planeación consta de varias fases que son:



IV. – EJECUCIÓN

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación.

Constituye el proceso de "puesta en marcha" del plan de cuidados donde la enfermera, el cliente o la familia llevan a cabo las actividades planificadas.

Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. (Carpenito, 1994).

Pasos:

1º Preparación.

2º Ejecución.

3º Documentación (registro).

1º Preparación.

Esta fase exige que el profesional de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención. Esto asegura la eficacia para ello se deberá :

- Analizar el plan.
- Organizar los recursos.
- Prever las complicaciones
- Analizar los conocimientos y las destrezas.

2º Intervención o ejecución.

Esta fase es el eje principal del proceso de enfermería.

Una vez completado los pasos de la preparación se elige la "categoría de intervención" necesarias para que se logren los objetivos y que cada diagnóstico se resuelva.

3º Documentación.

Anotar en el plan de cuidados las actividades hechas o no, especificando porque no lo hemos hecho: fecha, turno, firma, balance.

V.- EVALUACIÓN

La Evaluación, como última fase del Proceso Atención de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta de la persona a la acción planificada.

Se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondientes han sido correctos.

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y al mismo tiempo nos indica si las actividades deben modificarse. Se establecen medidas correctoras si fuese necesario, y se revisa el plan de cuidados de enfermería. (Phaneuf Margot, 1993).

Fases de la evaluación:

1º Identificar los criterios de evaluación.

Los criterios de evaluación tienen 2 propósitos:

- Orientan la clase de datos de evaluación que se necesita recoger.
- Proporcionan un estándar para evaluar los datos.

2º Recoger datos.

De forma que se obtengan conclusiones del grado de cumplimiento de los objetivos.

3º Emitir un juicio sobre el logro de los objetivos.

Después de recopilar datos y compararlos con los resultados la enfermera emite un juicio.

Puede presentarse:

- Objetivo logrado.
- Objetivo no logrado.

4º Revisar el plan de cuidados:

1) Si se resolvió el diagnóstico, se cancela el diagnóstico.

(Conforme a las normas del registro).

- 2) Si no se resolvió el diagnóstico continuar con las actividades o revisar tiempo.
- 3) Si no se logró el objetivo.
 - Reactivar la "secuencia". (Proceso de enfermería)
 - Reevaluar.
 - Modificar o añadir.
 - Diagnóstico, objetivo, resultados esperados, actuaciones según necesidades.

Si el diagnóstico desaparece también lo hace el objetivo. Si se resuelve objetivo también el diagnóstico (Rodríguez,2000).

Tener presente a la hora de hablar de evaluación:

- El proceso conforme se ha explicado.
- Técnicas de control por medio de auditorias, cuestionarios, registros, observaciones, etc.
- Servicio de garantía y calidad. (1916, Dr. Cadman)
- JCAHO con el modelo de las "10 etapas". (mejorar la calidad)
- Cronología de la evaluación.
- Responsabilidad de la evaluación por el profesional de enfermería.
- Documentación. Registros, fichas, dossier, etc. Conforme establezca el hospital.

4.4 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

De acuerdo al concepto de envejecimiento que da García Hernández (2000), en su libro Enfermería Geriátrica.

" El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos".

Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominado senescencia por Bourlière, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Estas se manifiestan a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que, aunque

conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro.

Según Langarica Salazar (1985), el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

En el hombre, a lo largo del proceso de envejecimiento y debido a la propia evolución biológica, se producen unos cambios considerados "normales", que será preciso conocer para diferenciarlos de cualquier proceso capaz de alterar la salud.

Los cambios anatomofisiológicos que se producen a lo largo del desarrollo del hombre se inician al mismo tiempo que la propia vida y se hacen palpables de forma muy notable en los primeros años de existencia. Sin embargo, los cambios asociados al envejecimiento se inician de forma poco aparente, para exteriorizarse poco a poco.

Se considera " anciano independiente" aquel que es capaz de solucionar las dificultades que le presentan las actividades de la vida cotidiana, y "anciano dependiente" aquel que es incapaz de resolver las dificultades que le genera la actividad cotidiana. Así, el anciano independiente utilizará los recursos de que disponga o que tenga a su alcance (propios o comunitarios), para satisfacer sus necesidades vitales, mientras que el anciano dependiente no será capaz de ello.

❖ CAMBIOS INHERENTES AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO (García,2000).

PIEL

- Pérdida de elasticidad e hidratación propiciando la aparición de arrugas
- Atrofia de glándulas sebáceas y sudoríparas
- Menor vascularización
- Palidez
- Aumento de manchas cutáneas.

CABELLO

- Velocidad de crecimiento disminuida
- Falta de coloración
- Aumento del vello facial y disminución del vello púbico

UÑAS

- Crecimiento más lento
- Fragilidad y dureza especialmente en los pies y estrías longitudinales

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- Disminución y desmineralización ósea
- Disminución de la talla corporal
- Cifosis dorsal
- Alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha
- Pérdida gradual de la fuerza muscular
- Disminución de la masa muscular
- Redistribución de la grasa total del organismo
- Tensión muscular disminuida
- Deterioro de las superficies articulares
- Deshidratación del tejido cartilaginoso

PULMONAR Y SANGUINEO

- Disminución de la función respiratoria
- Disminución del reflejo tusígeno
- Disminución de oxígeno a nivel tisular
- Alteración de los hematíes
- Disminución de la respuesta leucocitaria

DIGESTIVO

- Pérdida de piezas dentarias y deshidratación de las encías
- Reducción de la secreción de saliva
- Atrofia de la mucosa gástrica
- Disminución de la motilidad por atrofia del intestino grueso
- Disminución del tamaño del hígado.

GENITOURINARIO

- Reducción del tono muscular de la vejiga
- Disminución del filtrado glomerular
- Aumento de tamaño de la próstata

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

- Pérdida de la agudeza auditiva
- Disminución de la agudeza y amplitud del campo visual
- Pérdida progresiva del sentido del gusto
- Degeneración del nervio olfativo

NEUROLOGICO

- Deterioro de la memoria reciente, no se recuerdan hechos recientes, pero los hechos pasados se recuerdan con detalle como si hubiesen sucedido ayer.

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

➤ PRESENTACIÓN DEL CASO

NOMBRE DE LA PERSONA: Francisco S. R. EDAD: 75 años SEXO: masculino

NACIONALIDAD: mexicano

LUGAR DE ORIGEN: Puebla , Puebla.

EDO. CIVIL: casado

HIJOS (EDADES) : no tiene

ESCOLARIDAD: Preparatoria.

OCUPACIÓN: jubilado desde hace 10 años.

DOMICILIO : Col. Jardín Balbuena. Delegación Magdalena Mixhuca. (casa propia).

PERSONAS CON LAS QUE VIVE: solamente con su esposa

EDO. DE SALUD ACTUAL: hiperglucemia y sobrepeso del 20% de acuerdo a su talla.

SERVICIOS DE SALUD CON QUE CUENTA: IMSS , asiste también a consultorio particular.

Don Francisco tiene 75 años de edad, es originario de Puebla, Pue., desde hace 60 años vive en el Distrito Federal. Es casado, su esposa tiene 72 años, la cual tiene secuelas de Poliomielitis, motivo por el cual usa muletas .

Ambos son jubilados, trabajaban en la misma empresa, un laboratorio farmacéutico, en donde ella era secretaria bilingüe; lugar donde se conocieron y se hicieron novios, para posteriormente casarse, llevan casados 30 años. No tuvieron hijos.

Don Francisco tiene 10 años jubilado, trabajo durante 35 años primero como agente de ventas y después lo ascendieron a gerente de ventas, puesto con el que se jubiló. Estudió hasta la preparatoria.

El departamento donde viven es propio se encuentra ubicada en la Delegación Venustiano Carranza, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios(agua, luz, drenaje, teléfono). Esta bien iluminada y ventilada, en adecuadas condiciones de higiene.

No tienen animales domésticos.

Como medio de transporte cuenta con automóvil propio, tiene acceso a taxis y transporte colectivo.

Los servicios de salud con que cuenta es el Hospital General de Zona de Troncoso y la Clínica Familiar del IMSS No. 21 , (es derechohabiente al IMSS), ambos le quedan cerca de su hogar.

Actualmente Don Francisco se sabe diabético desde hace 15 años controlándose con hipoglucemiantes orales. Desde hace un año no asiste a consulta al IMSS, para su control de glucosa; refiriendo que el motivo es por las largas horas que tiene que esperar para pasar a consulta.

Hace un año sufrió caída por las escaleras (que conducen a su departamento), ocasionándole herida por deslizamiento en miembro pélvico izquierdo con pérdida cutánea que tardó en sanar 6 meses, a consecuencia de eso perdió fuerza muscular en las extremidades inferiores.

Fue operado a los 15 años de edad de amigdalectomía. Niega antecedentes transfusionales.

Refiere no ser alérgico a ningún medicamento. No recuerda si fue vacunado de niño; hace un año le aplicaron toxoide tetánico.

Fumo durante 30 años ½ cajetilla al día, dejó de fumar hace 15 años.

Actualmente y desde hace 15 años que le detectaron Diabetes no ingiere bebidas alcohólicas, lo hacía sólo en eventos sociales y tomaba 1 o 2 copas.

Como antecedentes heredo – familiares encontré que:

Es el 5° de 9 hijos. Su padre era diabético y falleció a los 70 años de un infarto.

Su madre murió a los 60 años de cáncer cervico-uterino.

De sus 8 hermanos, 3 fallecieron antes de cumplir los 5 años de edad, desconoce las causas de muerte.

De los 5 hermanos que sobreviven son:

Hombre de 80 años hipertenso desde hace 20 años.

Mujer de 78 años aparentemente sana.

Hombre de 73 años diabético diagnosticado hace 10 años.

Hombre de 68 años diabético desde hace 15 años.

Mujer de 66 años aparentemente sana.

Su Dinámica familiar es que mantiene poco contacto con familiares, sólo se ven en Navidad y Año Nuevo, o cumpleaños, ya que sus hermanos viven en Puebla.

Con amistades se frecuenta poco, además de que refiere que han ido falleciendo los amigos con quienes más trato tenía.

Don Francisco y su esposa llevan una relación cordial y afectuosa, se entretienen viendo la televisión (les gustan los toros y el béisbol).

➤ **DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

❖ NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- **VALORACIÓN:**

Datos que manifiestan independencia:

Se encuentra conciente y orientado en tiempo y espacio. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales. Piel y mucosas de coloración sonrosada excepto las partes distales de las extremidades inferiores.

Peso: 69 Kg Talla: 1.55mts FC: 78 x' FR: 22x' T/A: 130/90 TEMP: 36°C

Datos que manifiestan dependencia:

Fue fumador de ½ cajetilla de cigarrillos durante 30 años, hace 15 años que no fuma. Ocasionalmente sufre disnea cuando realiza esfuerzo al subir escaleras o cargando algún bulto, refiere fatigarse mucho al caminar ya que presenta un sobrepeso del 20% de acuerdo a su estatura, pesa 69 kg y mide 1.55mts.

Los pies presentan discreta palidez y al tacto ligera frialdad, la piel se ve un poco reseca, siendo más evidente en el miembro pélvico izquierdo, además de que por las tardes presenta edema (++) ; tiene el antecedente de haber sufrido traumatismo hace 1 año.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Patrón de respiración ineficaz relacionado con sobrepeso corporal y falta de actividad física manifestado por un peso de 69kg con una talla de 1.55mts y fatiga al caminar.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

Don Francisco mejorará su patrón respiratorio a través de la reducción de peso de 1 a 2 kg por medio de un plan dietético y un plan de actividad física que realizará diariamente en los próximos dos meses

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Diseñar un plan dietético de 1500Kcal para diabético. (ver anexo 2).
- Realizar toma de peso corporal en ayunas, tanto al inicio del plan como de forma semanal.
- Se le proporcionará tabla del valor calórico de los alimentos, lo que le permitirá realizar sustituciones entre los diferentes grupos de alimentos, pero respetando la cantidad de calorías que debe consumir diariamente. (ver anexo 3).
- Concientizar a Don Francisco sobre la importancia de llevar a cabo el Plan dietético propuesto para mejorar su patrón respiratorio .
- Realizar ejercicios de caminata al aire libre de 30 a 60 minutos 4 veces a la semana, teniendo la precaución de que si lo realiza por las mañanas deberá haber ingerido algún alimento unas 2 horas antes de realizarlo, para evitar se presente hipoglicemia, además de que deberá llevar consigo alguna bebida dulce o un caramelo para ingerirlo en caso de presentarse hipoglicemia durante la realización del ejercicio.

- Realizar ejercicios de caminata al aire libre de 30 a 60 minutos 4 veces a la semana, teniendo la precaución de que si lo realiza por las mañanas deberá haber ingerido algún alimento unas 2 horas antes de realizarlo, para evitar se presente hipoglicemia, además de que siempre deberá llevar consigo alguna bebida dulce o un caramelo para ingerirlo en caso de presentarse hipoglicemia durante la realización del ejercicio.
- Ejercicios respiratorios al aire libre 5 repeticiones: inhalar respirando profundo por la nariz hasta expandir completamente los pulmones, sostener el aire por 10 segundos y exhalar el aire lentamente por la boca, descansar 15 segundos y repetir.
- Realizar ejercicios que mejoren la circulación periférica a través de la elevación de miembros inferiores por espacio de 15 a 30 minutos por las tardes, diariamente.
- Evitar asistir a lugares muy cerrados en donde este permitido fumar, para evitar inhalar el humo del cigarrillo.

• EVALUACIÓN

Don Francisco tuvo una reducción de 1 kg por mes de su peso corporal, mejorando así su patrón respiratorio, ya que cuando sale a caminar ya se fatiga menos, además realiza diariamente los ejercicios recomendados

❖ NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- VALORACIÓN:

Datos que manifiestan independencia:

No presenta intolerancia a ningún alimento.

Realiza 3 comidas al día.

- ✓ Desayuno: es suficiente en cantidad y calidad
- ✓ Comida: diario la realiza en restaurante, come con su esposa , habiendo poca variedad en los alimentos ingeridos., baja en cantidad de frutas y verduras., alta en carbohidratos.
- ✓ Cena: es adecuada en cantidad pero baja en calidad, ingiere muchos carbohidratos y poca fibra.

Datos que manifiestan dependencia:

Usa placa dental completa removible tanto en la parte superior como inferior.

La comida de la tarde la realiza diariamente en la calle, siendo la dieta alta en carbohidratos y grasas y baja ingesta de verduras, además de tener poca variación en el tipo de alimentos que ingiere .

Desconoce el valor calórico de los alimentos, refiere que en el IMSS nunca le mandaron alguna dieta.

Ingiere una dieta alta en carbohidratos y azúcares y pobre en fibra.

El día de la valoración su glicemia en ayunas fue de (200 mg/dl).

Tiene baja ingesta de líquidos (1 litro al día)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA No. 1**

Deterioro de la masticación relacionado con pérdida de piezas dentales manifestado por ingesta de alimentos blandos de bajo valor nutricional .

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

Durante el próximo mes Don Francisco asistirá a consulta dental para la revisión de placa dental.

Mejorará la calidad de su alimentación incluyendo alimentos blandos de alto valor nutricional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Concienciar a Don Francisco sobre la importancia de acudir al Dentista en forma periódica.
- Orientarlo acerca del tipo de alimentos blandos que le pueden asegurar el consumo de una dieta balanceada (ver anexo 3).
- Don Francisco deberá realizar el aseo bucal diariamente, realizando el cepillado de sus placas dentales usando algún antiséptico. Si come en la calle deberá llevar consigo un antiséptico bucal , para realizar el enjuague y posteriormente en su casa el aseo completo .

- **EVALUACIÓN**

Don Francisco asistió a consulta dental, realizando pequeños ajustes a su placa dental, fue citado en dos meses, para su control. Ha mejorado la calidad de su alimentación ya que ha incluido otros alimentos blandos en su dieta diaria.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA No. 2**

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo de carbohidratos y azúcares manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal de acuerdo a la talla y constitución física.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

Don Francisco logrará disminuir de 1 a 2 kg por mes de su peso corporal, por medio de un plan dietético bajo en carbohidratos y azúcares.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Solicitarle a Don Francisco que durante 3 días anote cuales son los alimentos que ingiere durante el día, así como el horario de sus comidas.
- Elaborar un plan dietético de 1500 kcal calorías para diabético dividido en 5 partes, tomando en cuenta las preferencias y costumbres de él., pero bajo en carbohidratos y azucares. (ver anexo 2).
- Orientar sobre la importancia de que ingiera sus alimentos a las horas propuestas, no saltando ni alterando los horarios.
- Disminuir el consumo de carbohidratos (galletas, pan y sopas de pasta).
- Proporcionar recetas de menús de fácil elaboración que Don Francisco pueda preparar aun sin ayuda.
- Concientizarlo de la importancia que tiene el que él mismo prepare sus alimentos.

- Invitarlo a que realice la mayor parte de sus comidas en su casa.
- Llevar un control y registro del peso de forma semanal (Don Francisco tiene báscula en su casa).
- Aumentar el consumo de frutas (permitidas) y verduras crudas y cocidas (ver anexo 3).

- **EVALUACIÓN**

Se logro que en un mes disminuyera 1 kg y redujo el consumo de carbohidratos.

❖ NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- **VALORACIÓN**

Datos que manifiestan independencia:

La eliminación vesical la realiza 5-6 veces al día, desde hace 3 años se levanta 1 vez por la noche a miccionar.

La eliminación intestinal la realiza 1 vez al día por la mañana.

Su transpiración es normal.

Datos que manifiestan dependencia:

Presenta dificultad para iniciar la eliminación urinaria sobre todo cuando su ingesta de líquidos es reducida.

Hace 6 meses presentó infección de vías urinarias, la cual cedió con tratamiento farmacológico.

Frecuentemente presenta estreñimiento teniendo que recurrir a laxantes naturales como papaya o ciruela pasa, ya que las heces son de consistencia dura lo que hace difícil la evacuación.

Su dieta diaria es pobre en fibra y líquidos.

Tiene poca actividad física , por lo que su motilidad intestinal se ve disminuida.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NO. 1**

Estreñimiento relacionado con deficiencia en la ingesta de líquidos y fibra manifestado por presencia de heces de consistencia dura.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

En un mes Don Francisco mejorará su patrón de eliminación intestinal

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Motivar a Don Francisco a que por la mañana realice ejercicios como la caminata o bicicleta fija por espacio 15 minutos , para mejorar la motilidad intestinal.
- Informarle la importancia de que consuma diariamente alimentos ricos en fibra (frutas y verduras)
- Concientizarlo sobre la importancia de que aumente el consumo de líquidos a 2 lts por día.
- Deberá mantener un ambiente de relajación en el cuarto de baño .

- **EVALUACIÓN**

Se valoró al mes, logrando mejorar su patrón de eliminación.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NO. 2**

Alto riesgo de deterioro de la eliminación urinaria relacionado con baja ingesta de líquidos

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

En el próximo mes Don Francisco mejorará su patrón de eliminación urinaria a través del aumento en la ingesta diaria de líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Concienciar a Don Francisco de las ventajas de aumentar la ingesta de líquidos en su dieta diaria.
- Orientarlo acerca del tipo de líquidos recomendables que debe ingerir.
- Informarle sobre las consecuencias que se presentan cuando se prolonga el deseo de miccionar, por lo cual una vez presente deberá ir inmediatamente.
- Realizará el lavado de manos antes y después de miccionar.

- **EVALUACIÓN**

Don Francisco mejoró su patrón de eliminación urinaria y aumento la ingesta diaria de líquidos.

❖ NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Tiene una movilidad normal para su edad.

Diario sale un rato a la calle a comprar despensa o al restaurante a comer, viaja en su automóvil (el maneja).

Datos que manifiestan dependencia:

Desde hace 1 año presenta falta de firmeza al caminar por disminución de fuerza muscular en extremidades inferiores, así como un ligero temblor de manos, lo que dificulta la realización de movimientos finos.

Únicamente por las tardes presenta ligero edema (++) de extremidades inferiores , sobre todo si permanece mucho tiempo sentado, siendo más evidente en el lado izquierdo; ya que hace 1 año sufrió un traumatismo en dicha extremidad que le ha dejado como secuela ligera limitación de la movilidad.

Camina distancias muy cortas.

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza de miembros inferiores y sedentarismo manifestado por limitación del movimiento al caminar.

- PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO :

Don Francisco mejorará en los próximos 2 meses la movilidad y flexibilidad de extremidades inferiores a través de ejercicio físico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Don Francisco implementará medidas de prevención de accidentes en su hogar.
- Realizará revisión del mobiliario de la casa en busca de muebles que resulten inseguros(rotos o con filos en las orillas).
- Realizará los movimientos pasivos utilizando la mecánica corporal
- Proporcionar programa de ejercicios que mejoren la movilidad y flexibilidad de las extremidades inferiores(Uso de bicicleta estacionaria , caminata, etc).
- Evitar las posiciones viciosas que causan molestias articulares y espasmos musculares. Como son el sentarse cruzando la pierna y sentarse con las piernas colgando del asiento.
- Indicarle que siempre que baje o suba por las escaleras debe ir sosteniéndose de el pasamanos (barandal), además de evitar ir con las manos ocupadas (cargando bultos), que le impidan sostenerse bien.

• EVALUACIÓN

Se mejoró la movilidad y flexibilidad de extremidades inferiores y realiza ejercicio 3 veces por semana en bicicleta fija por espacio de 15 minutos.

❖ NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se encuentra limpio de su vestimenta, usa la ropa de acuerdo al clima y a su edad.

Usa zapatos con suelas antideslizantes y con plantillas recomendadas por médico, para disminuir el cansancio en los talones, ya que refiere que al caminar presentaba dolor en la zona.

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron.

❖ NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Duerme un promedio de 7 horas por la noche , refiere que su sueño es tranquilo y aunque se despierta 1 vez para orinar, le resulta fácil volver a conciliar el sueño.

Por la tarde duerme una siesta de 30 minutos entre las 4 y las 6pm.

Duerme con su esposa, la cama donde duermen es amplia, el colchón está en buenas condiciones, la ropa de cama se encuentra limpia. La habitación esta limpia, bien iluminada y ventilada y no tiene corrientes de aire.

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron.

❖ NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

El departamento se encuentra bien ventilado, en general es fresco, pero no tiene corrientes de aire. Tienen calefactor para cuando la temperatura desciende mucho, así como un ventilador que llegan a utilizar cuando hace mucho calor.

Su temperatura corporal es normal 36°C, excepto en extremidades inferiores donde presenta ligera frialdad (en pies).

Datos que manifiestan dependencia:

Se queja de frialdad en los pies, a la palpación existe disminución de la temperatura en ambos pies y ligera palidez, siendo más evidente en la extremidad izquierda.

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Hipotermia en miembros inferiores relacionado con falta de actividad física manifestado por palidez y frialdad al tacto.

- PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO:

Don Francisco en el próximo mes mejorará la coloración y temperatura de sus extremidades inferiores a través de un plan de ejercicios que realizará diariamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Don Francisco realizará diariamente ejercicios que favorezcan el retorno venoso como es la elevación de miembros inferiores por espacio de 15 a 30 minutos.
- Evitará tomar posturas viciosas que limiten la circulación venosa periférica, como el cruzar las piernas.
- Realizará ejercicios como la caminata o bicicleta fija diariamente por espacio de 30 a 60 minutos, e ir aumentando gradualmente.
- Utilizará calcetines de compresión graduada que favorezcan el retorno venoso.
- El calzado que use deberá ser acojinado pero que permita la transpiración, será del número correcto, para evitar la fricción y laceración de la piel.

• EVALUACIÓN

Don Francisco mejoró la coloración y la temperatura de sus pies y realiza diariamente la elevación de piernas , así como también 4 veces a la semana está realizando 15 minutos de bicicleta fija.

❖ NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

• VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Su aspecto es limpio, se baña y cambia de ropa exterior e interior diariamente.

Su piel es delgada (de acuerdo a su edad) bien lubricada excepto en extremidades inferiores.

El aseo bucal lo realiza 3 veces al día, por las noches retira las placas dentales y realiza su limpieza con antiséptico y cepillo; volviendo a colocarla por la mañana, previo enjuague bucal.

Las uñas de manos y pies las mantiene cortas y en buen estado. Para el cuidado de las uñas asiste a nivel particular (Dr. Scholl) a que le realicen pedicure, una vez por mes.

El corte de uñas de las manos lo realiza el mismo.

Datos que manifiestan dependencia:

Presenta piel fina ligeramente escamosa , con aspecto frágil en extremidades inferiores, siendo más evidente en el lado izquierdo en el cual presenta cicatriz por debajo de la rodilla(en la pantorrilla),de aproximadamente 15cm por haber sufrido herida por deslizamiento con pérdida cutánea hace 1 año, y la cual tardó en sanar 6 meses.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea relacionado con alteración de la circulación periférica y de la sensibilidad en miembros inferiores.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

En el próximo mes Don Francisco mejorará la temperatura y apariencia de la piel de sus extremidades inferiores.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Don Francisco realizará la higiene diaria e hidratación de la piel de las extremidades inferiores, utilizando agua tibia, jabón neutro y crema o aceite de almendras dulces.

- Realizará el secado de espacios interdigitales.
- Se realizará la prevención de lesiones en pies, utilizando zapatos cómodos, no deberán apretarle o quedarle flojos, seguirá utilizando sus plantillas que el médico le recomendó.
- Los calcetines que use no deberán hacer demasiada presión (ligarle), usando de preferencia calcetines (de compresión graduada).
- Evitar el uso de prendas apretadas.
- Evitar las compresiones en el hueco popiteo, por lo cual deberá : no cruzar la pierna al sentarse, no dejar las piernas colgando cuando se sienta.
- Se recomienda que realice caminatas de 30 minutos diariamente, si las realiza en compañía de su esposa le resultará más ameno.
- Realizar ejercicio en bicicleta fija 15 minutos diariamente.
- Se recomendó que por las tardes realice la elevación de las extremidades inferiores, ya que eso mejorará el retorno venoso y disminuirá el edema.

- EVALUACIÓN

Al mes se valoró a Don Francisco notándose mejoría en la temperatura de sus pies, ya no se sienten tan fríos y la piel se ve más lubricada.

Además ha estado realizando los ejercicios indicados y se compró calcetines de compresión graduada , que actualmente utiliza

❖ NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS Y MANTENER LA INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL

• VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se encuentra conciente y orientado en tiempo y espacio.

Ha implementado en su hogar medidas de seguridad como el colocar pisos antideslizantes en baños y recamaras. Tiene extinguidor en el pasillo principal que dirige hacia la puerta de entrada y salida de su casa.

Usa lentes para manejar por lo que procura no manejar cuando está lloviendo o muy noche. Conserva un buen sentido del olfato.

Datos que manifiestan dependencia:

Vive en un cuarto piso, en donde las escaleras son de lozeta cerámica resbaladizas y carecen de material antideslizante

Solicita ayuda de los conserjes del edificio para subir bultos a su casa (despensa u otros artículos), ya que le da miedo volverse a caer.

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de caídas relacionado con falta de material antiderrapante en las escaleras.

• PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO:

En el próximo mes Don Francisco aplicará medidas de seguridad que eliminarán las barreras arquitectónicas que pudieran originar un accidente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se le concientizará de la importancia de que coloque material antiderrapante en el área de las escaleras que conducen a su departamento.
- Evitará subir a su departamento cargando bultos pesados.
- Se le orientará de la importancia de que siempre utilice zapatos con suela antiderrapante.
- En época de lluvias deberá extremar las precauciones como son el colocar jergas en los escalones y sólo salir si es muy necesario para evitar algún accidente.

- **EVALUACIÓN**

Don Francisco aplicó las medidas de seguridad en el área de escaleras, colocando cintas antideslizantes y está usando zapatos con suela antiderrapante.

❖ NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- **VALORACIÓN**

Datos que manifiestan independencia:

Se expresa con claridad y fluidez. Tiene adecuada capacidad auditiva.

Usa lentes desde hace 40 años, hace 1 año le cambiaron la graduación, realiza sus actividades normalmente como es el manejar y el leer.

Tiene buen sentido del olfato.

Datos que manifiestan dependencia:

Mantiene poco contacto con familiares y amigos, ya que refiere que sus hermanos viven en Puebla, por lo que sólo se ven cuando es cumpleaños de alguno de ellos, en Navidad y en Año nuevo.

Con sus amigos se frecuentan poco, además de que los más allegados ya fallecieron.

Antes viajaban con más frecuencia, pero ya no se atreve a manejar en carretera, por lo que ahora viajan en avión siendo más costoso , y en autobús les resulta muy cansado viajar.

Siente nostalgia por los amigos que han ido falleciendo y por los momentos que pasaban juntos, ya que se reunían a comer y a jugar cartas o Bingo.

Siente que su esposa y él se están quedando solos.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas manifestado por sentimientos de soledad.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

Durante los próximos 2 meses Don Francisco participará en actividades socio-culturales por lo menos 1 vez a la semana.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Alentar al paciente a que asista a actividades culturales y de recreación

- Proporcionar folletos con lugares, fechas y horarios en donde se impartan actividades culturales y recreativas que se realicen en su delegación.
- Enseñar actividades recreativas que puede realizar en casa (crucigramas, rompecabezas, juego de dados y baraja), haciendo que su esposa participe en ellas.
- Recomendarle la lectura de libros y revistas sobre temas que sean de su interés (a él y su esposa les gustan ver los toros y el béisbol).
- Estimularlo a que salga a dar caminatas al aire libre a parques o al jardín del edificio donde vive.
- Incentivarlo a que él y su esposa se inscriban a algún club de la tercera edad, ya que ellos realizan excursiones, fiestas y actividades culturales, teniendo la posibilidad de hacer nuevos amigos.

- EVALUACIÓN

Actualmente se encuentra participando en el taller de elaboración de figuras con globos, impartida el día martes de 4 a 5 pm en la Clínica Familiar del IMSS que le corresponde.

❖ NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Tanto él como su esposa son católicos, asisten a misa los domingos por la mañana. Llevan una relación cordial y de respeto.

Se muestra satisfecho con su trayectoria de vida, dice que ahora pueden vivir más tranquilos gracias a que ahorro de joven.

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron.

❖ NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Desde joven ahorro para poder vivir una vejez tranquila y tener una posición económica holgada. Se siente una persona que aún tiene fuerza para realizar sus propias actividades y ejercitarse. Aun muestra deseos de lucir bien físicamente, cuida su aspecto personal.

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron.

❖ NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se define como hogareño., ayuda a su esposa en labores del hogar.

Le gusta ver televisión con su esposa y leer el periódico o a veces juegan cartas entre ellos.

Datos que manifiestan dependencia:

Hace 1 año que no van al cine o al teatro.

No forma parte de ningún club o grupo de la tercera edad.

Permanece mucho tiempo en casa y se aburre sobre todo si no hay buena programación en la televisión.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de disposición para asistir a lugares de esparcimiento manifestado por aburrimiento.

- **PLANEACIÓN DE CUIDADOS**

OBJETIVO:

En el próximo mes Don Francisco participará en actividades recreativas

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se le informará a Don Francisco sobre los lugares cercanos a su domicilio en los cuales se imparten actividades culturales y recreativas como son la Casa de la Cultura de la Delegación, los Centros Deportivos y el Centro de Actividades recreativas del DIF, animándolo a que se inscriba a alguno de los talleres que se imparten en esos lugares, en donde el costo por inscripción es muy bajo.
- Se le motivará a que participe en alguna de las actividades recreativas ya sea sólo o en compañía de su esposa.
- Orientarlo sobre los diferentes juegos de mesa que puede realizar en casa como son baraja, dominó, ajedrez .
- Animarlo a que resuelva los crucigramas que vienen incluidos en el periódico que normalmente lee.

- EVALUACIÓN

Durante el mes participó en varias actividades acompañado por su esposa como fueron: un concurso de ajedrez, una función de teatro y un recital de piano.

- ❖ NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Muestra interés en mejorar sus hábitos alimenticios y comer más sano, desea saber cual es el valor calórico de los alimentos y como puede substituirlos por otros más nutritivos.

Desea saber cómo puede disminuir los niveles de glucosa , a parte de tomando su medicamento, que otras alternativas tiene. Además desea saber más sobre la Diabetes

Datos que manifiestan dependencia:

No conoce el valor calórico de los alimentos y no substituirlos para obtener una dieta balanceada y que sea recomendable por su Diabetes.

No tiene suficientes conocimientos acerca de su padecimiento médico (Diabetes) y las complicaciones de dicha enfermedad.

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Déficit de conocimientos relacionados con hábitos dietéticos y su padecimiento manifestado por desconocer que tipo de alimentos ingerir para mantener su glicemia dentro de valores normales.

• PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO:

Don Francisco aprenderá que tipo de alimentos ingerir para mejorar sus hábitos dietéticos e incrementará sus conocimientos acerca de cómo controlar la Diabetes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se le proporcionarán artículos de revistas y libros sobre Diabetes y sus complicaciones y medidas de control de la hiperglucemia y cuáles son los signos y síntomas de la hipoglicemia.
- Se le recomendarán la lectura de libros y revistas acerca de su padecimiento, motivándolo a que mejor acuda a la biblioteca, ya que será más barato y le servirá de distracción.
- Concientizarlo de la importancia de que asista a consulta de forma periódica para que lleve un adecuado control médico.
- Se le animará a que diariamente realice algún menú para diabético utilizando la tabla de alimentos y sus equivalentes como guía, con el fin de que se familiarice en su uso.

• EVALUACIÓN

Don Francisco ha mejorado sus hábitos dietéticos, aprendió que alimentos debe comer para mantener en niveles normales su glucosa y las complicaciones que se pueden presentar si no sigue un plan dietético adecuado.

VI.- CONCLUSIONES

A través de la aplicación de este Proceso Atención de Enfermería basado en el enfoque de Virginia Henderson, reafirme los conocimientos adquiridos durante mi formación académica y logre la habilidad de poder ver en la persona más allá de la simple patología, sino el verlo como un ser integral con necesidades, tanto físicas como psicológicas, espirituales y sociales. Para lo cual debemos tener un pensamiento crítico y reflexivo que nos permita brindarle las herramientas necesarias para crear personas independientes en la satisfacción de sus necesidades.

Aplique el Proceso a un adulto mayor (en plenitud) con desequilibrio nutricional por exceso relacionado con déficit en la actividad física, porque considero que el éxito en el tratamiento de la Diabetes , (padecimiento que tiene esta persona desde hace 15 años), debe estar enfocado en la dieta y el ejercicio. Una persona que ingiere una dieta con suficientes nutrientes y el aporte calórico que requiere de acuerdo a su edad, será una persona más sana; ocurriendo lo mismo con el ejercicio, una persona que se mantiene activa, tendrá una mejor calidad de vida, y mejorará su rendimiento y movilidad a nivel músculo esquelético en comparación con las personas que no realizan ninguna actividad física.

La Diabetes no se cura, tan sólo se controla, por lo cual resulta de vital importancia el implementar a la vida diaria de la persona un plan dietético y un plan de ejercicios individualizados , de acuerdo a su edad, peso y actividad física que realice.

Si la persona recibe los conocimientos y cambia sus hábitos, podrá recobrar la salud y ser independiente, ya que estos cambios, los adoptará como un estilo de vida; pudiendo a su vez ser transmisor de los conocimientos adquiridos con su familia. La aplicación del Proceso nos permite que tanto la persona como su familia formen parte activa en las intervenciones y cuidados, ya sea para recuperar o mantener la salud.

El poder interactuar y convivir tan íntimamente con la persona y su familia , conjugado con la experiencia laboral, me permitió realizar una más amplia valoración y abordar la problemática detectada con un sustento teórico más firme.

VII. SUGERENCIAS

Debe existir mayor difusión del Proceso Atención de Enfermería en el ámbito hospitalario, ya que desafortunadamente en muchas Instituciones, se tiene poco conocimiento al respecto y aun no se esta aplicando.

Un buen porcentaje del personal de enfermería que trabaja en los hospitales, no ha tenido la posibilidad de ser capacitada sobre como se aplica el Proceso Atención de Enfermería, desconoce cuales son sus etapas y las ventajas que traería la implementación del Proceso en su trabajo diario.

Considero necesario que al personal se le de la formación sobre Proceso a través de cursos impartidos en las unidades hospitalarias.

La práctica constante en la aplicación del Proceso es lo que permite se obtenga el dominio, con lo cual posteriormente lograremos aplicarlo cotidianamente sin mayor dificultad y de una manera más rápida y eficaz, convirtiéndolo en un gran aliado en el desempeño de nuestra profesión, elevando la calidad de la atención.

Resulta urgente el que los profesionales de la salud salgamos del ámbito hospitalario y trabajemos más con la comunidad, aplicando el Proceso Atención de Enfermería, si actuamos dentro de un primer nivel de atención, los gastos en salud se reducirán considerablemente, ya que evitaremos que la población llegue a un segundo o tercer nivel de atención, en donde las complicaciones son mayores y el gasto más fuerte.

VIII.- GLOSARIO

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

PLANIFICACION DE CUIDADOS: etapa del Proceso Atención de Enfermería orientada hacia la acción que significa establecer un plan de acción para organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.

NECESIDAD FUNDAMENTAL: es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

INDEPENDENCIA: alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.

DEPENDENCIA: incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

DIABETES MELLITUS: trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia y carencia o disminución en la eficacia de insulina. Se acompaña de alteración en el aprovechamiento de los carbohidratos con aumento de la secreción de hormonas que impiden su depósito, como el glucagón , en un intento por proporcionar un sustrato metabólico alternativo.

HIPERGLUCEMIA: exceso de azúcar en la sangre, por arriba de cifras normales
(↑ 110mg/dl).

HIPOGLUCEMIA: disminución de los niveles de azúcar en la sangre, se acompaña de ansiedad, diaforesis, piel fría y pegajosa, cetoacidosis metabólica delirio y/o coma diabético (↓ 90 mg/dl).

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª. Edición, Edit. Doyma, Barcelona, 1995.
2. Rodríguez S. Bertha. Proceso Enfermero. Aplicación Actual, 2ª. Edición, Edit. Cuellar, México, 2000.
3. Carpenito Linda. Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería, Edit. Interamericana Mc Garw Hill, Madrid , 1994.
4. Donahue M. P. La Enfermería la Condición del Arte en Historia de la Enfermería, Edit. Doyma, Barcelona, 1998.
5. Fernández Ferrín C. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson Salvat, Barcelona, 1995.
6. Fernández Ferrín C. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos, Ediciones científicas y Técnicas, México, 1993.
7. Medellín G, Cilia E. El Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano, tomo II, Edit. Interamericana, México, 1992.
8. Henderson Virginia. La Naturaleza de la Enfermera, Edit. Interamericana, Madrid, 1987.
9. Kozier Bárbara. Enfermería Fundamental, Edit. Interamericana, México, 1994.
10. Phaneuf Margot. Las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Mc Graw Hill, Madrid, 1993.
11. Potter. P.A. Guía clínica de Enfermería, Valoración de la Salud, Edit. Mosby Doyma, Barcelona, 1995.
12. Tomey An Maximier. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería, 3ª. Edición, edit. Mosby Doyma, Barcelona, 1995.
13. Beare, Myers. Enfermería Medicoquirúrgica, vol II, 3ª.edición, Edit. Harcourt Mosby, España, 2000.
14. Surós Batlló. Semiología Médica y Técnica Exploratoria, 8ª.edición, Edit. Masson, España, 2004.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

15. Fernández Ferrín, Garrido Abejar. Enfermería Fundamental, Edit. Masson, Barcelona España, 2000.
16. Henderson, Nite. Enfermería Teórica y Práctica, vol.4, Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 1988.
17. García Hernández M., Torres Egea M.P., Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica, Edit. Masson, Barcelona España, 2000.
18. Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería, Edit. Interamericana, Madrid España, 1995.
19. Mi Ja Kim, Mc Farland G. Guía Clínica de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería, 5ª. Edición, Edit. Harcourt Brace, España, 1994.
20. NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004, Edit. Elsevier España, S.A., Madrid España, 2003.

ANEXO NO. 1

INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Francisco S. Edad: 75 años.

Peso: 69 Kg Talla: 1.55 mts

Fecha de nacimiento: 30/01/30 Sexo: masculino

Ocupación: jubilado por el IMSS

Escolaridad: 1° de preparatoria.

Fecha de valoración: abril 14 del 2005 Hora: 16 hrs. a 19 hrs

Lugar de la entrevista: domicilio particular

Fuente de información: interrogatorio Fiabilidad: (1-4): 3

Miembro de la familia/ persona significativa: esposa

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Fue fumador de ½ cajetilla de cigarrillos durante 30 años, hace 15 años que no fuma. Refiere que se fatiga cuando realiza algún esfuerzo como es el subir escaleras o cargando algún bulto, presenta un sobrepeso del 20% aproximadamente de acuerdo a su talla.

No refiere presentar tos ni dolor a la respiración.

Es poco frecuente que se enferme de las vías respiratorias.

A veces se ejercita subiéndose a la bicicleta fija por espacio de 10 –15 minutos, pero no es constante.

OBJETIVO:

Se encuentra conciente y orientado en tiempo y espacio. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales. Piel y mucosas de coloración sonrosada excepto las partes distales de las extremidades inferiores, ya que presentan ligera palidez e hipotermia. Presenta un sobrepeso del 20%.

Peso: 69 Kg Talla: 1.55mts FC: 78 x' FR: 22x' T/A: 130/90 TEMP: 36°C

Glicemia en ayunas 200mg/dl con glucómetro.

Los pies presentan discreta palidez y al tacto ligera frialdad, la piel se ve un poco reseca, siendo más evidente en el miembro pélvico izquierdo, además de que por las tardes presenta edema (++) .

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO:

Refiere no ser alérgico ni presentar intolerancia a ningún alimento

Realiza 3 comidas al día.

Su dieta está compuesta regularmente de la siguiente forma:

✓ Desayuno: 9-10 de la mañana

1 vaso de leche

1 ó 2 (panes de dulce)

✓ Desayuno

2 tazas de fruta (plátano, papaya , melón , kiwi o toronja, (fruta de la estación).

La acompaña con 2 cucharadas de granola y ½ taza de yogurt

2 quesadillas (tortilla de maíz con queso panela o Oaxaca), ó Un sándwich de atún o queso (2 rebanadas de pan blanco o integral de caja) , con mayonesa, jitomate, aguacate y picante.

✓ Colación: A media mañana se come una barra de cereal

En ocasiones una torta de huevo que compra en la tienda.

✓ Comida: la realizan en restaurante, come con su esposa entre las 2 a 3 pm.

Arroz (1 plato)

Sopa de pasta (1 plato)

Guisado (2 piezas de pollo ó 1 filete de pescado en salsa o empanizado).

Frijoles (1 plato)

Pan (bolillo 1 pieza). Ó 3 tortillas de maíz.

Postre (1 porción de fruta ó gelatina).

Café y una rebanada de pastel o galletas .

✓ Merienda: la realiza entre las 8 –9 pm.

1 vaso de leche sola ó café con leche ó thé endulzado con sacarina

2 panques (pan de dulce)

No sabe que otro tipo de alimentos puede ingerir en su dieta diaria para que esta no sea tan monótona. refiere que en el IMSS, nunca le mandaron ninguna dieta.

La comida de la tarde la realiza en restaurante por lo que no sabe cuanta grasa ocupan para guisarla y tiene que comer de acuerdo a lo que haya en el lugar, por lo cual hay poca variedad en su dieta diaria.

Normalmente procura elegir alimentos blandos ya que no cuenta con toda su dentadura

OBJETIVO:

Ingiere una dieta rica en carbohidratos y azúcares y pobre en fibra.

El día de la valoración su glicemia en ayunas fue de (200 mg/dl).

Tiene baja ingesta de líquidos (1 litro al día)

No cuenta con toda su dentadura, usa placa removible tanto en la parte superior como inferior del maxilar, las encías se encuentran en buen estado de higiene, no presenta laceraciones ni halitosis.

Presenta mucosas orales bien hidratadas.

Uñas y cabello limpios en buen estado general.

Tiene un sobrepeso del 20%, pesa 69 kg y mide 1.55 mts

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

SUBJETIVO:

Refiere que su eliminación vesical la realiza 5-6 veces al día, desde hace años se levanta 1 vez por la noche a miccionar. Presenta dificultad para iniciar la eliminación, acentuándose cuando no toma líquidos.

Hace 6 meses presentó infección de vías urinarias, la cual cedió con tratamiento farmacológico.

La eliminación intestinal la realiza 1 vez al día por la mañana.

Su transpiración es normal.

Frecuentemente presenta estreñimiento teniendo que recurrir a laxantes naturales como papaya o ciruela pasa.

OBJETIVO:

Se palpa abdomen blando depresible, sin tumoraciones (no presencia de hernias).

Movimientos peristálticos ligeramente disminuidos.

Su dieta diaria es pobre en fibra y líquidos.

Tiene poca actividad física , por lo que su motilidad intestinal se ve enlentecida.

A nivel de genitales no se palpan masas tumorales, ni hipertrofia prostática.

El perfil prostático y USG que le realizaron hace 1 año, dio como resultado presentar un deterioro normal acorde a su edad cronológica.

Su transpiración es normal.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO:

Se queja de frialdad en los pies, por las tardes refiere que presenta edema de miembros inferiores sobre todo si permanece sentado por largos periodos.

Prefiere el clima templado, no le gusta el clima muy cálido ya que se acentúa el edema vespertino que presenta en miembros inferiores.

OBJETIVO:

El departamento se encuentra bien ventilado, en general es fresco, pero no tiene corrientes de aire. Tienen calefactor para cuando la temperatura desciende mucho, así como un ventilador que llegan a utilizar cuando hace mucho calor.

Su temperatura corporal es normal 36°C, excepto en extremidades inferiores donde presenta ligera frialdad (en pies) y ligera palidez.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:

El sólo se baña y se viste, sale a comer o hacer sus compras caminando o en automóvil, el cual maneja él mismo, camina distancias muy cortas y refiere que se fatiga al caminar.

Al subir o bajar escaleras debe hacerlo despacio y no ir cargando bultos.

OBJETIVO:

Desde hace 1 año presenta falta de firmeza al caminar por disminución de fuerza muscular en extremidades inferiores.

Presenta cicatriz en fémur izquierdo de aproximadamente 15 cm x 5 cm, ya que sufrió herida por deslizamiento hace 1 año al caer por las escaleras, en la cual tuvo pérdida cutánea; tardando en cicatrizar 6 meses siendo necesario además del tratamiento farmacológico el recurrir al uso de la cama hiperbárica.

Se observa ligero temblor de manos, lo que le dificulta la realización de movimientos finos.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Duerme un promedio de 7 horas por la noche , refiere que su sueño es tranquilo y

aunque se despierta 1 vez para orinar, le resulta fácil volver a conciliar el sueño.

Por la tarde duerme una siesta de 30 minutos entre las 4 y las 6pm.

Duerme con su esposa.

No refiere presentar cefalea ni otro malestar al despertar.

OBJETIVO:

No presenta ojeras. Su atención y concentración son adecuadas .

Su carácter es amable y cooperador, el lugar donde duerme es tranquilo y relajante.

La cama donde duermen es amplia, el colchón está en buenas condiciones, la ropa de cama se encuentra limpia. La habitación esta limpia, bien iluminada y ventilada y no tiene corrientes de aire.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:

Refiere escoger su ropa de acuerdo al clima, le gusta andar cómodo y limpio.

El sólo escoge la ropa que va utilizar diariamente.

OBJETIVO:

Se encuentra limpio de su vestimenta, usa la ropa de acuerdo al clima y a su edad.

Usa zapatos con suelas antiderrapantes y con plantillas recomendadas por médico, para disminuir el cansancio en los talones, ya que refiere que al caminar presentaba dolor en la zona.

Viste de acuerdo a su edad

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

SUBJETIVO:

Refiere bañarse diario, y realizar aseo bucal 3 veces al día.

Su aspecto es limpio, se baña y cambia de ropa exterior e interior diariamente.

El aseo bucal lo realiza 3 veces al día, por las noches retira las placas dentales y realiza su limpieza con antiséptico y cepillo; volviendo a colocarla por la mañana, previo enjuague bucal.

Para el cuidado de las uñas asiste a nivel particular (Dr. Scholl) a que le realicen pedicure, una vez por mes. El corte de uñas de las manos lo realiza el mismo.

El aseo de manos lo realiza cada vez que va al baño y antes de comer.

OBJETIVO:

Presenta piel fina ligeramente escamosa , con aspecto frágil en extremidades inferiores, siendo más evidente en el lado izquierdo en el cual presenta cicatriz de aproximadamente 15cm por haber sufrido herida por deslizamiento con pérdida cutánea hace 1 año, y la cual tardó en sanar 6 meses.

Las piel y cuero cabelludo se encuentran en buenas condiciones de higiene, piel integra.

No presenta sudoración excesiva, ni halitosis.

Las uñas de manos y pies las mantiene cortas y en buen estado general.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

Sabe a quien llamar en caso de algún accidente en el hogar, cuenta con teléfonos de emergencia a la mano.

En su hogar tiene extinguidor.

Refiere requerir de ayuda de los conserjes del edificio para subir bultos a su casa (despensa u otros artículos), ya que le da miedo volverse a caer. Como le ocurrió hace 1 años que iba cargando unas bolsas y resbaló por las escaleras.

OBJETIVO:

Se encuentra conciente y orientado en tiempo y espacio.

Ha implementado en su hogar medidas de seguridad como el colocar pisos antiderrapantes en baños y recamaras. Tiene extinguidor en el pasillo principal que dirige hacia la puerta de entrada y salida de su casa.

Usa lentes para manejar por lo que procura no manejar cuando está lloviendo o muy noche.

En caso de algún temblor o tener que evacuar la casa el tendría que ayudar a su esposa a salir , ya que ella usa muletas por secuelas de poliomelitis.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO:

Es casado desde hace 30 años, vive con su esposa, no tuvieron hijos, ambos son jubilados desde hace 10 años.

Un sobrino es quien está al pendiente de ellos, ya que es su vecino(vive en el mismo edificio), pero pasa poco tiempo con ellos ya que trabaja.

Tiene pocas amistades, ya que refiere de muchos de sus amigos han ido falleciendo y otros viven fuera de la ciudad.

OBJETIVO:

Su lenguaje es claro y coherente, tiene buena capacidad auditiva, utiliza lentes ya que padece miopía, desde hace 30 años.

Se encuentra orientado en tiempo y espacio.

Su sentido del olfato es adecuado.

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:

Tanto él como su esposa son católicos, asisten a misa los domingos por la mañana. Llevan una relación cordial y de respeto.

Se muestra satisfecho con su trayectoria de vida, dice que ahora pueden vivir más tranquilos gracias a que ahorro de joven.

OBJETIVO:

Permite el contacto físico con otras personas, lleva una relación cordial con su esposa y vecinos.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

Es jubilado desde hace 7 años, la jubilación que recibe es suficiente para que viva holgadamente, su esposa también está jubilada, además de que tiene dinero ahorrado en el banco.

Está satisfecho que como ha llevado su vida y de ya estar en casa descansando aunque extraña a sus amigos y compañeros de trabajo.

OBJETIVO:

SE observa tranquilo, de buen humor y cooperador en la entrevista. Tiene un nivel de vida económicamente holgado.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Se define como hogareño., ayuda a su esposa en labores del hogar.

Le gusta ver televisión con su esposa y leer el periódico o a veces juegan cartas entre ellos.

Hace 1 año que no van al cine o al teatro.

No forma parte de ningún club o grupo de la tercera edad.

No asisten a parques, aún cuando cerca de su casa está el Centro deportivo de la Magdalena Mixhuca.

OBJETIVO:

Está dispuesto a realizar actividades recreativas, se le ve entusiasta.

Prefiere realizar actividades en donde participe también su esposa, por lo que normalmente escogen actividades que no impliquen trasladarse muy lejos, pasan mucho tiempo en casa, leyendo o viendo televisión, pero si muestran interés en formar parte de un club de la tercera edad.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Muestra interés en mejorar sus hábitos alimenticios y comer más sano, desea saber cual es el valor calórico de los alimentos y como puede substituirlos por otros más nutritivos.

Desea saber cómo puede disminuir los niveles de glucosa , a parte de tomando su medicamento, que otras alternativas tiene. Además desea saber más sobre la Diabetes Estudió hasta 1° de preparatoria.

OBJETIVO:

Se encuentra orientado en tiempo y espacio, su capacidad auditiva es normal, utiliza lentes por miopía, su sentido del olfato está bien conservado.

ANEXO NO. 2
PLAN DIETETICO
PARA DIABÉTICO DE 1500 Kcal.

EDAD: 75 años GLICEMIA EN AYUNAS: 200mg/dl(glucómetro). PESO: 69 KG
TALLA: 1.55mts.

DESAYUNO

ALIMENTO	PORCION	MENÚ	CANTIDAD
fruta	3 raciones	*Jugo o fruta	1 ½ vasos variable.
carne	1/3 ración	bistec	pequeño (30 grs)
grasa	2 raciones	* recomendada	2 cucharaditas
leche	1 ración	descremada (light)	1 vaso (¼ de lt).
café	al gusto	soluble o de grano	al gusto
Pan o tortilla	1 ración	*Pan (no de dulce) tortilla de maíz	1 pieza

COLACIÓN: 5 galletas marías o 1 porción de fruta (pera o manzana), o yogurth light.

COMIDA

ALIMENTO	PORCION	MENU	CANTIDAD
consomé	1 ración	desgrasado de pollo, res o pescado	1 taza
Verduras del grupo I	al gusto	* lechuga	al gusto (libre)
Verduras del grupo II	1 ración	* zanahoria	1 taza
carne	1 ración	bistec	Grande (100grs)
grasa	2 raciones	*recomendada	2 cucharaditas
Pan o tortilla	2 raciones	*Tortilla de maíz, pan de sal	2 piezas
fruta	3 raciones	*Melón picado	1 ½ vasos

**PLAN DIETETICO
PARA DIABÉTICO DE 1500 Kcal.**

COLACIÓN: 1 ración de fruta (naranja, 2 ciruelas pasa o papaya ½ vaso).

CENA

ALIMENTO	PORCION	MENU	CANTIDAD
fruta	2 raciones	piña	2 rebanadas delgadas
carne	1/3 raciones	bistec	Pequeño (30 grs).
Grasa	2 raciones	*Grasa recomendada	2 cucharaditas
Pan o torilla	2 raciones	*Pan integral (con 1 cucharadita de mermelada light) o tortilla demaíz	2 piezas
leche	½ ración	Descremada (light)	½ vaso (125ml)

NOTA: Deberá incrementarse la actividad física, caminata al aire libre o bicicleta fija 30 minutos diarios .

El asterisco * le indica las diferentes opciones del mismo alimento o algún equivalente (consultar tabla de equivalentes). Los menús que aquí se sugieren son los más comunes de la población mexicana y son solamente un ejemplo que puede variarse a diario, cuidando los alimentos equivalentes.

Fuente: Laboratorios Abbott.

ANEXO NO. 3

ALIMENTOS Y EQUIVALENTES

❖ Recomendaciones generales

1. Eliminar el azúcar de la alimentación (dulces, refrescos,biscochos, pasteles y chocolates).
2. Se deben consumir todos los alimentos prescritos en la dieta.
3. Consuma solamente la cantidad y tipo de grasa prescrita.
4. Use una taza, un vaso, una cuchara o cucharita de medida estándar para medir sus alimentos.
5. No debe añadir ningún alimento que no esté prescrito en su dieta.
6. Evitar la monotonía de la dieta procurando variar con sus equivalentes y que su presentación sea agradable.
7. Se le recuerda que para lograr mayor éxito debe seleccionar la mayor cantidad de alimentos bajos en calorías (light).
8. Todos los líquidos deberán tomarse sin azúcar o con endulzantes artificiales bajos en calorías, la leche debe ser descremada.

PAN

Alimento	Medida casera
Pan de trigo entero	1 rebanada
Tortilla	1 pieza mediana
Bolillo de 60 grs.	1/3 de pieza
Pan de caja	1 rebanada

CEREALES SECOS

Harinas 2 cucharadas rasas
Hojuelas de maíz 6 cucharadas
Cereal de arroz 6 cucharadas

SOPAS Y CEREALES COCIDOS

Sopas y cereales cocidos
Sopa de arroz
Sopa de pasta
5 cucharadas soperas ó ½ taza
Avena, cebada, tapioca
5 cucharadas soperas ó ½ taza
Frijoles, garbanzo, lentejas, habas.
4 cucharadas soperas
Galletas marías 4 piezas
Galletas saladas 2 piezas

LECHE

Alimento	Medida casera
Leche de vaca	1 vaso de ¼ litro
Leche evaporada	½ vaso
Leche en polvo	4 cucharadas
Leche acidificada	1 vaso
Jocoque, yoghurt	1 vaso
Un vaso de leche puede sustituirse por: 1 ración de fruta y 1/3 de ración de carne 1 ración de pan y 1/3 de ración de carne	

JUGOS

Jugo	Medida
Jitomate	Al gusto
Naranja	½ vaso
Toronja	½ vaso
Zanahoria	1/3 vaso

FRUTAS

Fruta	Cantidad
Ciruela o ciruela pasa	2 piezas
Durazno o guayaba	1 pieza mediana
Jícama	½ pieza mediana
Papaya picada	¾ de vaso
Lima o mandarina	1 pieza chica
Fresas	18 piezas
Higo fresco	2 piezas medianas
Plátano o toronja	½ pieza chica
Mango o naranja	1 pieza chica
Melón picado	½ vaso
Uvas	15 piezas
Pera	1 pieza chica
Piña o sandía	1 rebanada

VERDURAS

Grupo I
Pueden tomarse en la cantidad que se desee: perejil, alcachofas, ejotes, romeros, apio, berro, calabacitas, col, coliflor, pimientos morrones, hongos, acelgas, berenjena, chilacayote, cilantro, espinacas, rábanos, espárragos, flor de calabaza, papaloquelite, verdolaga, lechuga, jitomate, nabo, chayote, nopales, pepino, tomate.
Grupo II
Una ración es una taza de: cebolla, aguacate, chiles poblanos, poros, betabel, zanahoria, calabaza de castilla, guaje, quelite, huazontles, pagua. Las verduras pueden comerse en sopa, ensaladas o guisadas con otros alimentos de la dieta. Cocidas se puede realizar puré con cualquiera de ellas y pueden ir combinadas.

GRASAS

5 gr de grasa corresponden a:

Grasas recomendadas
Una cucharadita de: Aceite de girasol Aceite de cártamo Aceite de maíz Otros aceites vegetales Margarina dietética Cacahuates grandes 11 piezas Aceitunas grandes 7 piezas
Grasas no aconsejables
Una cucharadita de: Mantequilla Manteca de cerdo Margarina
Una cucharadita de: Crema espesa Queso crema Tocino 1 rebanada chica

COMPLEMENTOS NO CALÓRICOS

Agua mineral	Endulzante artificial	Vinagre
Gelatina sin azúcar	Sal y pimienta	Alimentos casi
Agua	Vainilla	nulos en hidratos de
Café	Condimentos en general	carbono.
Limón	Salsas picantes	
Canela	Thé	

CARNES

Por cada ración de carne usted puede escoger 100 grs de los siguientes alimentos: Es mejor que usted coma más veces del grupo I y II que de los demás grupos.
Grupo I
Pescado fresco: todos Pescados enlatados: atún sin aceite, salmón sin aceite Pescados secos: charales, bacalao 50 grs. Pollo, ternera, pavo Requesón (queso cottage).
Grupo II
Res, cordero, cerdo, jamón (todos sin gordo).
Grupo III
Ostiones*, Mariscos, Langosta**, Jaiba***, Camarones****, Queso en general** (amarillo, chihuahua, manchego, chester, etc).
Grupo IV
Huevos (3 piezas)**** Visceras ***** Carnes frías *****

* Alimentos altos en colesterol (a mayor número de * más alto el contenido de colesterol).

Fuente: Laboratorios Abbott

ANEXO NO. 4

PLAN DE EJERCICIOS

❖ EJERCICIOS DE MANOS

1. Movimientos de dedos y manos.

Cerrar lentamente la mano todo lo que sea posible hasta hacer un puño. Para ayudar a lograrlo es aconsejable sujetar y apretar con la palma de la mano una pelota blanda de goma o caucho, o aún mejor una esponja de espuma. Esto es para oponer cierta resistencia al ejercicio y así fortalecer la musculatura de la mano. En caso de que la realización de este ejercicio le resulte difícil o imposible puede ayudarse con la otra mano. En ocasiones, y para lograr aumentar la relajación y flexibilidad de los dedos, es aconsejable realizar estos ejercicios en un recipiente de agua caliente. Este ejercicio se repetirá varias veces durante el día- mientras más, mejor- y de forma progresiva (15 a 20 veces por sesión) procurando evitar que resulte doloroso. Hay que tomar en cuenta que en ocasiones pueden aparecer molestias discretas que no son motivo para su supresión. En ocasiones es aconsejable tomar antes o después de los ejercicios algún analgésico y/o relajante que su médico prescriba.

2. Abrir la mano y extender los dedos al máximo ayudándose, si fuera preciso, con la otra mano o poniendo y apretando la palma de la mano contra el plano de una mesa.

3. Con la mano semicerrada hacer movimientos de rotación alrededor de la muñeca como si se tratará de abrir o cerrar con la llave de una cerradura de puerta antigua (de agua grande, no de las llaves actuales, que sería un ejercicio válido para los dedos). Este ejercicio resulta práctico para los movimientos de rotación de la muñeca.

❖ EJERCICIOS DE CADERA Y PIERNAS

1. Posición inicial recostado sobre la espalda con las piernas extendidas con los pies separados unos 40 cm.
2. Flexionar el muslo y rodilla del miembro pélvico izquierdo, intentando tocar con esta el abdomen y volver a extender la pierna.
3. Repetir el ejercicio con el miembro pélvico derecho.

Realizar 5 repeticiones con cada pierna.

❖ EJERCICIOS DE RODILLA

1. Posición inicial: recostado sobre la espalda, elevar la pierna extendida y mantenerla así durante unos segundos.
2. Partiendo de la posición anterior extender la pierna lo máximo posible.
3. Con la rodilla totalmente extendida descender lentamente la pierna hasta apoyarla en el suelo.

Ejercitando rodillas recostado:

- ✓ Posición inicial: recostado sobre el vientre.
- ✓ Flexionar la rodilla al máximo intentando tocar la nalga con el talón del pie.

Ejercitando rodillas sentado:

- ✓ Posición inicial sentado sobre una mesa o cama alta con las piernas colgando al borde.
- ✓ Elevar la pierna hasta extenderla lo máximo posible, pero sin mover el muslo.
- ✓ Descender la pierna que estaba extendida flexionando al máximo.

Nota: En cada ejercicio se realizarán 5 repeticiones con cada pierna , realizando un ejercicio primero descansar 2 minutos y realizar otro.

FUENTE: Laboratorios Abbott.