



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA



**Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una  
persona anciana, con base en el  
Modelo de Virginia Henderson**

Que para obtener el título de

***Licenciada en Enfermería y Obstetricia***

Presenta

María Cristina Maya Rosas  
No. De cuenta 7739810-7

Asesora del trabajo  
Lic. en Enf. Ma. Aurora García Piña

Marzo de 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Índice:**  
**Página**

1	Introducción.....	3
2	Justificación.....	5
3	Objetivos.....	6
4	Metodología.....	7
5	Marco Teórico.....	8
5.1	Evolución Histórica del cuidado enfermero.....	8
5.1.1	Etapa doméstica de los cuidados:.....	8
5.1.2	Etapa vocacional de los cuidados:.....	10
5.1.3	Etapa técnica de los cuidados.....	11
5.1.4	Etapa de la enfermería profesional.....	12
5.2	Definición de enfermería.....	13
5.3	Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson: .....	17
5.4	Definición del Proceso de enfermería y sus etapas.....	19
5.5	Etapa de desarrollo del adulto mayor.....	27
6	Presentación del caso clínico.....	31
7	Desarrollo del proceso .....	32
7.1	Valoración de necesidades Básicas.....	32
7.2	Conclusión diagnóstica de enfermería.....	38
7.3	Plan de cuidados de enfermería.....	41
8	Conclusiones y sugerencias.....	51
9	Bibliografía .....	52
	Anexo 1 Instrumento metodológico empleado.....	54
	Anexo 2 Diabetes Mellitus.....	68

## **1.- Introducción**

Desde hace algunos años, las enfermeras han intentado desarrollar la práctica autónoma de la enfermería, tratando de convertir la especialidad en una disciplina científica.

De manera gradual se ha logrado pasar del trabajo empírico basado en la observación, al trabajo con fundamentos científicos para lograr la profesionalización de la enfermería, demostrando que la enfermería tiene un método científico de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), y un carácter profesional holístico en su enfoque teórico.

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población, incorporando un pensamiento lógico y crítico para ocuparse de la persona en su totalidad, como sujeto y objeto de su labor profesional.

Con este enfoque fundamental de la formación profesional de enfermería, se presenta un Proceso Atención de Enfermería, aplicado a una persona adulta mayor con padecimiento de Diabetes Mellitus, ésta es una enfermedad metabólica crónica, que afecta aproximadamente a 6.5 millones de mexicanos, se ha colocado como primer causa de muerte en nuestro país convirtiéndose en un serio problema de salud pública.

En base a lo anterior considero que la atención al paciente diabético es de suma importancia para la enfermería, ya que no solo se pueden dar cuidados en el momento crítico, sino que se debe dar educación para que la gente mantenga un estilo de vida saludable que no solo le permitirá controlar su enfermedad sino mantener una calidad de vida, en un sentido humano integral.

El presente trabajo está conformado en primera instancia por un marco teórico, en el cual se integran temas necesarios para analizar y comprender, que enfermería tiene un rol único dentro del sistema de salud y que debemos practicar la “Enfermería profesional”<sup>1</sup> en beneficio del individuo sano o enfermo, se desarrolla la Evolución Histórica del cuidado enfermero, analizando los cuidados desde sus orígenes, hasta llegar a una definición de enfermería, posteriormente se analizan los conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson, en los cuales nos basaremos para la presentación del caso clínico, no sin antes establecer la definición del Proceso de enfermería y sus etapas, también se describe la etapa de desarrollo del adulto mayor, por ser un individuo senil, el sujeto de estudio.

Se continúa con la presentación del caso clínico de un adulto mayor, en el cual se menciona su estado de salud y el contexto sociocultural que determina la misma.

Posteriormente el tema “Desarrollo del proceso”, es una valoración de las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros enunciadas por Virginia Henderson, basándose en el instrumento de valoración anexo al final del presente documento, finalmente se establece una conclusión diagnóstica de enfermería, llegando así a un plan de cuidados, que incluye intervenciones, fundamentación científica y evaluación, mencionando finalmente las conclusiones y sugerencias.

---

<sup>1</sup> Grispun Doris, *Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico*, p 239-247. En: *Sociedad, Salud y Enfermería*.

## **2.- Justificación**

Con el presente trabajo obtendré la oportunidad de sustentar de manera oral y escrita, una de las opciones de titulación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia, a través de la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería, con el enfoque humanista que maneja Virginia Henderson, ya que a mi forma de ver, es el más accesible para ponerse en práctica en un medio de trabajo real, en el que se pueden valorar y evaluar las necesidades de la persona.

Se elige a un adulto mayor porque actualmente en nuestra sociedad, es un ser indefenso, poco considerado, y, en ocasiones maltratado, los adultos mayores cada vez son más, puesto que la vida se ha alargado. Éste adulto mayor padece Diabetes Mellitus, he observado que no lleva un control adecuado de su padecimiento, y de continuar así, terminará con graves complicaciones, por tal motivo considero que ésta persona es idónea para el desarrollo de un PAE (Proceso Atención de Enfermería), que me permita educar para la salud y dirigir acciones de enfermería hacia la persona, para que ésta pueda cuidar su salud.

### **3.- Objetivos**

#### 3.1 Objetivo General:

Aplicar un proceso Atención de Enfermería en una persona adulta mayor con base en el modelo de Virginia Henderson en su domicilio.

#### 3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Valorar las 14 necesidades humanas, según el modelo de Virginia Henderson.

3.2.2.-Jerarquizar los problemas detectados para iniciar la atención de asistencia, de orientación y de educación para evitar posibles complicaciones.

3.2.3.- Planear las acciones de enfermería orientadas al bienestar de una persona considerando su entorno.

#### **4.- Metodología**

Contando con la asesoría de la Lic. en Enf. Aurora García Piña, en sesiones de 2 horas los días miércoles, en las instalaciones del SUA de la E.N.E.O., se inicia la elaboración de los lineamientos para fundamentar el presente trabajo, con la búsqueda bibliográfica para estructurar el marco teórico y simultáneamente se elige a la persona con la cual se llevará a cabo el Proceso Atención de Enfermería (PAE)

En un primer momento se aplicó el instrumento metodológico para la atención de enfermería, (modelo de Virginia Henderson, anexo 1), realizando la identificación de la persona y valoración de las necesidades humanas, obteniendo la conclusión diagnóstica para la elaboración de un PAE, con las intervenciones basadas en fundamentos científicos

Posteriormente se considera un plan de seguimiento para el cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y de su familia para la satisfacción de necesidades, enfatizando en la enseñanza de su autocuidado y considerando que la prestación de servicios de salud, en particular de enfermería, se lleven a cabo siguiendo las normas de calidad científico técnica, de acuerdo con el nivel de atención y con la valoración sociocultural, que se tenga de las necesidades de salud.

Se realizaron varias visitas domiciliarias en las cuales se aplicaron las intervenciones de enfermería establecidas en el PAE, revalorando las actitudes y diagnósticos emitidos, proponiendo nuevos diagnósticos o modificando los alcances de los mismos, debido a esta forma de trabajo, no se considera una evaluación al final del análisis de las necesidades, sino que se va evaluando cada intervención de enfermería. Finalmente se llega a una conclusión y sugerencias enunciadas al final de este trabajo.



## **5.- Marco Teórico**

### **5.1 Evolución Histórica del cuidado enfermero**

La historia natural de la evolución de la enfermería, está basada en el concepto del cuidar humano, en la necesidad de la persona de procurar sus cuidados para la salud, su vida propia y la de los suyos.

Este bien del ser humano, que es saberse cuidar, mantener la vida y la supervivencia, surge del propio entorno de la vida del ser humano en cada una de sus etapas de desarrollo y en cada circunstancia de salud y de vida, como una realidad a lo largo de toda la historia del hombre y de la humanidad.

Desde el inicio de la vida, los cuidados resultan indispensables para permitir la continuidad de ésta. “Cuidar es, por tanto, “mantener la vida” asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.”<sup>2</sup>

El recorrido histórico de los cuidados de la enfermería comienza en la prehistoria, con la aparición de la enfermedad y los cuidados sobre la asistencia a la salud de manera intuitiva, como forma de lucha contra la enfermedad, siendo una actividad presente en todas las sociedades, en que se tiene ya conocimiento de la enfermedad.

#### **5.1.1 Etapa doméstica de los cuidados**

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida, cuyo objetivo prioritario de atención es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, abarca los Tiempos Remotos, la Sociedades Arcaicas Superiores

---

<sup>2</sup> Colliere Marie Françoise. *Promover la vida*, p. 7

(Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En éste periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio.

Como ya lo referimos la figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y unas adecuadas normas de alimentación y vestido.

A través de la historia la mujer se ha caracterizado por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades. La discriminación a que estaba sometida la mujer, la obligaba generalmente, a realizar solamente las actividades hogareñas y no se le permitía estudiar; esto junto con el desarrollo vertiginoso de la medicina, la atención de la sociedad hacia el médico y su método clínico influenciaron negativamente en el pensamiento enfermero<sup>3</sup>.

El paso de los cuidados por las manos de una mujer sumisa a la Iglesia ha repercutido bastante, tanto en la evolución de algunos aspectos relacionados, como en la represión de otros. Aunque los cuidados de la mujer consagrada a nivel corporal sólo se dirigían a los enfermos, son el soporte de los cuidados espirituales que utilizan la palabra como medio de curación. Y aunque sea debido a su rechazo a la sabiduría y al desarrollo personal, incluyen que el cuidar exige en un primer lugar hacer abstracción de sí, no ser uno mismo, vaciar el interior, aspecto que podemos relacionar con la actitud empática en la relación de ayuda, donde es necesario vaciarse para poder ponerte en el lugar del otro y comprenderlo. Incluso, podemos apreciar la base del modelo profesional, ya que el enfermo empieza a considerarse un maestro por sí mismo, aunque desheredado. Aquí es

---

<sup>3</sup> García Caro C. *Historia de la enfermería: Evolución Histórica del cuidado enfermero*, p. 211

cuando surgen las primeras instituciones dedicadas al cuidado, siendo la mujer consagrada, la encargada de movilizar dichas instituciones al ámbito doméstico.

### **5.1.2 Etapa vocacional de los cuidados**

La Etapa Vocacional comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El concepto vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.<sup>4</sup>

En el mundo cristiano la Iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los desvalidos y enfermos, en contra de lo que hasta entonces propugnaban las demás creencias, como consecuencia directa de esta forma de sentir la religión, se crearon numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados. Estas instituciones no son los hospitales actuales, sino asilos para menesterosos o repudiados del conflicto social. El ideal militar de disciplina y orden se introdujo en los grupos dedicados a la atención a los enfermos.

Con la estructuración de las creencias espirituales, los cuidados pierden su función de mantener la vida y suministrar placer. La filosofía espiritual de la que se impregnan se basa en el discurso religioso, a través de la oración y la fé, el alma se libera del cuerpo y se purifica.

Con la aparición de las primeras religiones monoteístas, y posteriormente la extensión del cristianismo durante los siglos IV y V por todo

---

<sup>4</sup> García Caro..., Op. Cit., Pag. 214

el mundo, los dioses antiguos se fueron asimilando a sus demonios y la mujer fuente de vida y conocimiento natural fue considerada vehículo de creencias paganas y agente de Satán. Aquellas mujeres que sin haber cursado estudios médicos, apliquen remedios y actos curativos, serán perseguidas por la Iglesia y condenadas a muerte, tachadas de brujas. Además la filosofía eclesiástica mostraba desprecio por el cuerpo sexuado y lo separa del alma divina, por lo que los cuidados aplicados por la mujer sanadora que aportaban placer y bienestar al cuerpo fueron sustituidos por cuidados espirituales que ayudaban a la salvación del alma.

En la época moderna, se produce el auge de la ciencia y con el afán por darle explicaciones a todos los fenómenos se establece un solo objetivo en el ámbito de la salud: erradicar la enfermedad. Los “cuidados corporales” se mecanizan en “cuidados técnicos” que se basan en la manipulación del cuerpo para el tratamiento de la enfermedad, sin tomar en cuenta la globalidad de la persona al rechazar los cuidados del alma. El cuerpo se considera un objeto de estudio para la ciencia

### **5.1.3 Etapa técnica de los cuidados**

La etapa técnica de los cuidados se relaciona con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad.

En el mundo contemporáneo se consideró la salud como un derecho inalienable del hombre y que la asistencia médica no podía ser un acto curativo individual, sino un derecho de todo trabajador. En el siglo XIX se inició un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería con distintas corrientes de opinión. Mientras unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos, otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas, preparadas y auspiciadas por el poder civil.

Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la enfermería. En el siglo XX se inicia el proceso de profesionalización de las enfermeras, basado en el espectacular desarrollo tecnológico de la atención sanitaria, que demanda a los profesionales de enfermería alternativas de solución a los problemas de salud existentes en la sociedad.

#### **5.1.4 - Etapa de la enfermería profesional**

En esta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

La actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, imponiéndose una redefinición de las actividades. En la actualidad, los términos enfermería, cuidado, disciplina enfermera y profesión enfermera están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria. Sin embargo no se ha llegado a un consenso de estos conceptos, posiblemente por ser difícil su definición. Finalmente en el comienzo de los años setenta del siglo XX, se produce entre varios grupos de enfermeras españolas, una corriente de opinión basada en el interés por promover la enfermería a rango de disciplina.

Actualmente, gracias a las aportaciones de las ciencias humanas existe una visión integradora, donde los cuidados no sólo se centran en el cuerpo como objeto de estudio, sino que abarcan a la persona en su totalidad, a su familia y a la sociedad; pretenden el desarrollo y la promoción de la salud enseñando a la sociedad a cubrir sus necesidades y desarrollar sus potencialidades para conseguir una vida más saludable. Estos cuidados

por tanto deben recuperar su sentido original, proporcionar bienestar y equilibrio del cuerpo además de desarrollar métodos espirituales para sanar el interior o alma.

El arte de cuidar no nació de la enfermedad sino como la necesidad de asegurar la continuidad de la vida.

Por lo tanto debemos considerar que:

**<< COMPRENDER MEJOR EL PASADO PERMITE ENTENDER EL SIGNIFICADO ORIGINAL Y PRIMORDIAL DE LOS CUIDADOS: mantener, promover y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos >><sup>5</sup>**

Después del análisis anterior considero que el objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayude a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar, por lo que la atención de enfermería debe ocuparse de la persona en su totalidad, como sujeto y objeto de su labor profesional.

## **5.2. - Definición de Enfermería**

Enfermería es una profesión que nace con la humanidad, ya que ha servido para satisfacer todas las demandas de salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida, y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos<sup>6</sup>, está relacionada directamente con la actividad de cuidar a lo largo de los siglos, por lo tanto

---

<sup>5</sup> Colliere..., Op.cit., p. 355

<sup>6</sup> *La profesionalización de la enfermería española*. En: <http://www.chemedia.com/cgi-bin/smartframe/v2/smartframe>.

los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, que desde el principio de la humanidad surgen con carácter propio e independiente.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, sin contemplar el conocimiento científico de la profesión, éste nace cuando se asientan las bases del pensamiento enfermero, los contenidos teóricos y metodológicos propios de la disciplina enfermera desarrollando una visión teórica, disciplinar para la enfermería aplicada.

En 1852, Florence Nightingale con su libro "Notas de enfermería" sienta las bases de la enfermería profesional, ella intentó definir cual era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud.

Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz " Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

Empezaron a surgir, los primeros conceptos de prevención de la enfermedad y fomento de la salud, frente a la concepción de la enfermera dedicada a los cuidados curativos, lo que empezó a hacer la enfermería independiente de la enfermedad y la medicina, permitiendo la transformación a la enfermería científica. Desde entonces surgen diferentes teorías o modelos en donde los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son los conceptos de hombre, salud, entorno y Rol profesional o de enfermería.

Como ya lo habíamos mencionado Florencia Nightingale es reconocida como la primera teórica ya que aplicó un proceso consistente en la observación y le brindó especial atención al entorno que rodea al individuo. En sus apuntes (Notes on nursing. What it is and what it is not) conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tenía que hacer era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él.<sup>7</sup>

En el siglo XX, surgen diversas teóricas en enfermería que enuncian diferentes tipos de postulados y con ellos su punto de vista de lo que constituye la enfermería, entre los cuales tenemos:

Ida Jean Orlando: consideró la enfermería como profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional la describe como la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente.

Virginia Henderson: planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Myra Levine: la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas.

Dorothy Johnson: es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.

---

<sup>7</sup> Iyer Patricia, W. *Proceso y diagnóstico de Enfermería*. P. 165



Martha Rogers: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.<sup>8</sup>

Dorothea Orem: es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Imogene King: proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo.

Betty Neuman: se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Sister Callista Roy: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.

Abdellah: es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un

---

<sup>8</sup> Tomey Marriner, Ann. *Modelos y teorías en enfermería*, p. 228

deseo de ayudar a la gente enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias.

La American Nurse Association (ANA): es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

Como se puede observar, no existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país, aunque se observa la repetición de algunos conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual.

La enfermería tiene un cuerpo de conocimientos en formación constituido por una serie de teorías y modelos conceptuales que forman la estructura actual del conocimiento enfermero y que abordan desde distintos ángulos los 4 conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero (salud, entorno, persona y cuidado).

Se puede concluir que la enfermería tiene su razón de ser en el cuidado a la persona, fundamentado en una base de conocimiento profundo, que nos permita tener habilidad para vincularnos con ella en el contexto de su entorno y verla de forma integral.

### **5.3.- Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson**

Quién define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que

deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello<sup>9</sup>

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

A partir de la definición de enfermería se identifican 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, contemplando las esferas Biológica, Psicológica, social y cultural, estas son:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

---

<sup>9</sup> Iyer Patricia, W..., Op. Cit. p. 170

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

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

#### **5.4.- Definición del Proceso de enfermería y sus etapas**

El proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, siendo éste la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería.

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

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

#### **Fases del Proceso Atención de Enfermería**

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

- **Primera fase Valoración:** Es la fase de la recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:
  1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico, laboratorio y otras pruebas diagnósticas).<sup>10</sup> Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
  2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad, con los propósitos de establecer una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de

---

<sup>10</sup> Luis Rodrigo, M. Teresa. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica.* p. 112

interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; permitiendo al profesional de enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

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

- En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.<sup>11</sup>

**Tercera Fase Planeación** de la atención de enfermería, es el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias), así como para promocionar la salud.<sup>12</sup>

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

---

<sup>11</sup> Carpenito Lynda, Juall. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. p.135

<sup>12</sup> Ibid..., p. 40

## **1. Establecimiento de prioridades**

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior.

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

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

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

médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.<sup>13</sup>

## **2. Determinación de objetivos (metas esperadas)**

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.<sup>14</sup> Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

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

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

## **3. Planeación de las intervenciones de enfermería**

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

---

<sup>13</sup> Atkinson Leslie, D. Murray. *Proceso de atención de Enfermería*, p. 30

<sup>14</sup> *Ibid...*, p. 167



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

- **Cuarta Fase Ejecución** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.<sup>15</sup>

1. Validación del plan de atención.

En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

- 2.- Documentación del plan de atención.

Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con

---

<sup>15</sup> Carpenito..., Op. Cit. p. 137

modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. En algunos casos la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales.

### 3. Continuación con la recolección de datos.

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

- **Quinta fase Evaluación.** Es la última fase para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos, es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería, a través de una

comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos.

Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención, para decidir si el objetivo se logró, ya sea como un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el objetivo, o como un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

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

2. La revaloración del plan.

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

## 5.5.- Etapa de desarrollo del adulto mayor

Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979,OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y mas para considerarlo adulto mayor.<sup>16</sup>

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, siendo la enfermería geronto-geriátrica la que aborda el cuidado del adulto mayor.

Para ésta etapa en la vida de la persona, resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción mas o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas y mentales del individuo han sido tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad (65 años = jubilación laboral = anciano) y en consecuencia modificar la oferta de asistencia y prestaciones sanitarias.<sup>17</sup>

Los 65 años pueden continuar siendo un criterio laboral, pero no válido cuando se trata de orientar los programas de asistencia sanitaria dirigidos al anciano. Según los resultados del estudio de ámbito nacional, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas, acerca de 2.500 personas mayores de 65 años, el 75 % son independientes, no precisan ayuda de los demás y habitualmente son ellos quienes ayudan a sus familiares más cercanos (hijos, nietas...). Razones de salud, bienestar, longevidad, expectativas de vida y posiblemente razones económicas (elevado número

---

<sup>16</sup> Novelo de López, Hilda. XVIII Congreso Nacional de AMFEN. *Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década*

<sup>17</sup> Egurza M. Notivol P. *La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano.*, p. 116.

de mayores de 65 años, insuficiencia o limitación de recursos) hacen que los actuales programas al adulto mayor se dirijan a personas con edades que superan los 70 - 75 años.

La etapa del adulto mayor, como última etapa de la vida, tiene una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobretodo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatologías generales de esta edad, tenemos:

- **Envejecimiento del organismo**

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad. Esta última es notable sobre todo en la piel, que en ancianos es típicamente seca y sin elasticidad.

- **Envejecimiento celular**

Los procesos de atrofia del envejecimiento se caracterizan principalmente por reducción del número de células, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos.

- **Envejecimiento del tejido conjuntivo**

Durante el envejecimiento, las células del tejido conjuntivo sufren una reducción numérica y alteraciones funcionales con disminución de la

capacidad mitótica. A pesar de estas modificaciones, recuperan una capacidad de proliferación intensa cuando hay una solución de continuidad en los tejidos, y por ello la rapidez de reparación de las heridas solo es ligeramente menor en la edad avanzada que en las precedentes.

### **Aumento del promedio de vida**

Si el envejecimiento del individuo se pasa al de las poblaciones, se comprende por que la gerontología y la geriatría han adquirido cada vez mas importancia medica social.

En la antigüedad existían los ejemplos bíblicos de patriarcas centenarios, pero la edad promedio no superaba mucho a los treinta años. Es necesario llegar hasta fines del siglo XIX para alcanzar un promedio de vida de unos cincuenta años. En la actualidad es de sesenta o más, en especial en países desarrollados, pero en otros, como África y Asia, es muy bajo por las precarias condiciones de vida.

El aumento del promedio de vida se debe principalmente a los adelantos de la medicina, con disminución de enfermedades infecciosas y a la mejoría de las condiciones higiénicas, ambientales y alimenticias en la sociedad moderna.

Aumento de la población adulta mayor: En algunos países el porcentaje de personas mayores de 60 años es de 16% o más y ha traído consecuencias médicas como el desarrollo de enfermedades degenerativas, como la arteriosclerosis y la artrosis que en el pasado, con un promedio menor, no eran frecuentes porque no llegaban a presentarse.

El adulto mayor sano: tomando en cuenta las características acerca del envejecimiento del organismo, es natural que también en los ancianos sanos se presentan numerosas alteraciones morfológicas y funcionales en los órganos y tejidos. No se trata de problemas patológicos en un sentido estricto, pero su fisiología ya no es normal. “Son alteraciones en el límite entre lo normal y lo patológico”<sup>18</sup> cuyo grado varía en los distintos órganos y tejidos que aparecen en diferentes épocas, es decir con una cronología variable de un individuo a otro durante el envejecimiento.

“Anciano Sano es una persona con **ALTERACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES** en el limite entre lo normal y lo patológico  
**EN EQUILIBRIO INESTABLE**  
y con  
**ADAPTACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**  
a las posibilidades reales de rendimiento<sup>19</sup>

Se han propuesto numerosos criterios para valorar las alteraciones del envejecimiento del organismo en conjunto, según las características de piel, ojos, arterias y venas superficiales, marcha y comportamiento en general, o por las alteraciones visuales o auditivas y sobre todo los trastornos psicológicos del envejecimiento tales como depresión, falla de adaptación, aumento de la emotividad, tendencia a la ansiedad, disminución del desempeño psicofísico en la destreza y coordinación de movimientos y reacciones psicomotoras.

Estas alteraciones se caracterizan y los motivos esenciales de la gerontología y la geriatría, por un equilibrio inestable, ya que bastan causas mínimas para romperlo, que en sujetos jóvenes no tienen consecuencias o son leves y de poca duración.

---

<sup>18</sup> Pietro de Nincola, Geriatría p. 15

<sup>19</sup> Egueza M..., Op. Cit. p. 59

## **6.- Presentación del caso clínico**

La Sra. M. R. R. tiene 75 años de edad, es del sexo femenino con un peso de 70 Kg y talla de 1.45 mts., originaria de la ciudad de México, nació el día 22 de septiembre de 1928, con escolaridad de primaria terminada, está casada y es madre de cuatro hijos ya casados, se dedica al hogar, vive con su esposo en la planta baja de una vivienda multifamiliar que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

En su infancia perdió la vista por una infección ocular mal tratada, sin embargo ha desarrollado sus otros sentidos, ya que se desenvuelve en su casa como si fuera una persona normal, atiende a su esposo (también invidente) y prepara la comida para todos sus hijos, debido a que ellos trabajan, esta actividad le permite sentirse útil y realizada como persona, además evita que esté sola ya que siempre hay alguien con ellos ya sean los hijos o los nietos.

Realiza actividades religiosas como rezar rosarios a los difuntos o las imágenes que se veneran en la colonia, aunque requiere de alguien que la acompañe, por lo que en algunas ocasiones no le es posible asistir.

En 1986 se le diagnosticó Diabetes mellitus, la cual ha sido tratada con irregularidad ya que generalmente no sigue el tratamiento indicado, sobre todo es muy renuente a llevar la dieta indicada.

En cuanto a la fase de ejecución y evaluación se enfatizó a la prevención de accidentes dentro y fuera del hogar, así mismo se trabajó con la familia como cuidadores primarios. En particular se reafirmó el cuidado específico de su salud y su padecimiento actual.



## **7.- DESARROLLO DEL PROCESO**

### **7.1.-Valoración de necesidades básicas**

#### **Necesidad de Oxigenación**

Se observa que no presenta afecciones al sistema respiratorio, no es fumadora, sus signos vitales son: Temperatura 36.5° C, Frecuencia cardiaca de 84 x minuto, presión arterial de 110/70 mm Hg y respiración de 22 x minuto, glucosa en sangre de 200 preprandial, (analizada con glucómetro). La coloración de la piel y mucosas es sonrosada, excepto en los miembros inferiores en los cuales se observa piel marmórea, los lechos ungueales rosados, con llenado capilar de 2", no presenta cianosis peribucal.

Refiere no tener ningún problema respiratorio

#### **Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Refiere que le gusta comer de todo con abundantes carbohidratos y grasas, bebe alrededor de un litro de agua al día, hace dos comidas, abundantes tanto en el desayuno como en la comida, menciona "le cuesta trabajo masticar", carece de todas las piezas dentales y en ocasiones se lastima las encías al ingerir alimentos.

Es una persona robusta con peso de 70 Kg y talla de 1.45 m, ingiere dieta rica en grasas animales, la mayor parte de sus actividades giran en torno a la preparación de alimentos, ya que sus hijos pasan a comer con ella, por lo tanto debe estar pendiente de tener lista la comida, se ve y refiere, que es una actividad agradable para ella.

Presenta membranas mucosas hidratadas, uñas delgadas y quebradizas, refiere osteoporosis diagnosticada hace dos años, aparentemente controlada.

### **Necesidades de eliminación**

Deposición una vez al día con heces formadas y duras de color café, con restos de comida no digerida, refiere que le cuesta trabajo defecar. Micciona de 5 a 6 veces al día y se levanta una dos veces por la noche, sudoración no presente, aunque refiere “he de sudar por dentro”; ya que siente su rostro mojado sin presencia externa, la menstruación se le retiro desde los 48 años. Presenta abdomen globoso, blando, depresible con cicatrices antiguas por cesárea y hernia umbilical.

### **Necesidades de termorregulación**

En las partes distales de las extremidades inferiores se palpan frías, le agrada la temperatura ambiental fría, aunque evita las temperaturas extremas, en cuyo caso ingiere bebidas calientes.

Refiere frialdad en los pies por lo que usa calentadores de lana, se protege en los cambios de la temperatura ambiente.

### **Necesidad de moverse y mantener buena postura**

Es capaz de desplazarse y moverse dentro de su casa, le gusta caminar pero tiene problemas para salir sola a la calle debido a que es invidente, tiene fuerza en brazos y piernas, aunque la marcha no es firme, en sus zapatos se observa desgaste lateral del talón.

La mayor parte del tiempo la pasa en su casa, adopta la postura requerida para descansar; se levanta a las 7.00 a.m. para iniciar sus actividades del hogar y a media mañana se toma una siesta de media hora, continua con sus labores domesticas y después de la comida “ve la televisión”, en la postura que prefiera ya sea acostado o sentada, por las noches cuando tiene

actividades de rezar rosarios, ya sea a un difunto o a la virgen, mantiene la posición hincada por una hora aproximadamente.

No sabe realizar ejercicios activos, ni pasivos que mejoren la movilidad ni tonicidad muscular.

### **Necesidad de descanso y sueño**

Duerme siete horas por la noche y una siesta de media a una hora en el día, aunque se despierta para orinar, no le cuesta volver a conciliar el sueño, manifiesta sentirse descansada cuando se levanta de la cama, aunque refiere ligero dolor de hombros en algunas ocasiones se ha llegado a despertar a las 3.00 a.m. y vuelve a conciliar el sueño dos horas después, desconociendo la causa de esto, le gusta salir con sus hijos cuando van en auto, aunque se queda dormida; observo que se queda dormida sentada.

Refiere cefaleas ocasionales, las cuales ceden al dormir, presta atención a lo que se le pregunta aunque a veces se le traba la lengua al hablar, menciona que hace aproximadamente seis meses ha sentido movimientos maxilares sin control, los cuales observo durante mi entrevista.

### **Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas**

Viste de acuerdo a su edad, ella elige libremente la ropa que va a usar, únicamente solicita ayuda para los colores, aunque tiene identificado su vestuario, utiliza delantal en su casa para proteger su ropa y generalmente no le preocupa salir con el a la calle, a petición de sus hijos se lo tiene que quitar, tiende a guardar sus zapatos buenos y solo utilizarlos cuando sale, en su casa utiliza calzado con acusado desgaste lateral del talón, el espacio para guardar su ropa es reducido, por lo que algunas cosas las guarda en cajas y a veces se le olvida donde las guardó. Se observa limpia, alineada.

### **Necesidad de higiene y protección de la piel**

Refiere ducharse dos o tres veces a la semana, aunque si siente demasiado calor lo hace en ese momento, carece de todas las piezas dentales pero se lava la boca después de ingerir alimentos, las manos se las lava constantemente, su aspecto es limpio y aseado, mantiene las uñas cortas y le gusta mantener el cabello corto, se hace rizos, le gusta utilizar perfumes. Observo en Ms. Is. Piel marmórea y reseca con presencia de dolor a la palpación. Refiere haberse golpeado con objetos.

### **Necesidad de evitar peligros**

Es una persona conciente, alerta y orientada, se siente apoyada por su hijos y su esposo, puede deambular libremente, pero cuando se dejan juguetes o cosas en el camino corre el riesgo de golpearse o caer, si queda alguna puerta o ventana entreabierto, corre el riesgo de golpearse la cara, se angustia mucho cuando siente peligro, los eventos sísmicos la atemorizan demasiado.

No realiza sus controles de salud periódicos, desconoce las vacunas para adultos mayores, en las situaciones de tensión se angustia o se siente culpable tiende a llorar o a rezar. Tienen conocimiento sobre su padecimiento, ingiere hipoglucemiantes orales (diabenesa), tres al día y rehúsa la de noche, ingiere thes que le han “dicho” servir para la diabetes. Refiere que tiene éste problema por un susto, su madre lo padecía.

### **Necesidad de comunicarse**

Se expresa con claridad, aunque ella refiere que no es así, a veces considera que no se da a entender, mantiene buenas relaciones con sus

hijos y con su marido, aunque cuando no lo atiende de inmediato se molesta.

Le gusta jugar con sus nietos y con el esposo de su hija la menor, ella hace como que los golpea y ellos responden de la misma manera, sus nietos son jóvenes entre 18 y 20 años

Le gusta acudir a eventos de la tercera edad, refiere no tener preocupaciones, sin embargo empieza a llorar recordando a un hijo que vive en provincia, dice que lo extraña, cuando habla de los nietos de su hijo divorciado llora argumentando que tienen que andar de un lado a otro a veces con el papá y a veces con la mamá.

### **Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Se muestra satisfecha de la trayectoria de su vida, reza el rosario a difuntos o a la virgen, le gusta hacer los recorridos con los santos cantando y rezando, al finalizar el evento se realiza convivencia en donde las familias que reciben a los santos ofrecen alimentos (tamales, tortas, etc), trata de no faltar a estos eventos, aunque a veces no hay quién la lleve.

Se observan imágenes de la virgen y cristo en su casa.

### **Necesidad de trabajar y realizarse**

Nunca ha trabajado para percibir ingresos y ella considera que no lo necesita, ya que sus hijos y su esposo cubren sus necesidades básicas y de la familia, sus actividades de trabajo giran en torno a su familia, a mantener siempre la comida lista y estar al pendiente de ellos y su tiempo dedicado al ocio y a las relaciones interpersonales, lo limita por cumplir sus actividades de trabajo “es que no puedo irme si no dejo la comida hecha”, es su expresión constante.

Cuando sale está con la preocupación de que comerán sus familiares y generalmente trata de dejar cosas que puedan preparar, menciona que a veces ni lo utilizan por comer en la calle o comprar algo ya preparado.

### **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Le gusta participar en actividades de la tercera edad, pero en ocasiones no hay quien la lleve, por lo que se pierde algunos eventos en los que le gustaría asistir, mantiene un aspecto tranquilo y sereno, cuando llegan sus nietos o su yerno, juega y sonrío espontáneamente, pero existen ocasiones en que no llega nadie o no tiene actividades de rezos y no sale por lo que “se le hace el tiempo eterno” y se duerme.

### **Necesidad de aprendizaje**

Considera que no tiene capacidad para aprender y que no sabe expresarse, aunque el médico la ha explicado su enfermedad desconoce la dieta a seguir y las medidas para la prevención de complicaciones

## 7.2.- Conclusión diagnóstica de enfermería

Necesidad	Grado de dependencia	Datos de dependencia/ Independencia	Causas de dificultad	Diagnóstico
Oxigenación	I	Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse		
Nutrición e Hidratación	PD	- Ingesta abundante de carbohidratos  - Baja ingesta de verduras y frutas	Falta de Conocimientos	- Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de carbohidratos y grasas, cantidad manifestada por 20 kg de sobrepeso.
		Carece de todas las piezas dentarias	Falta de Voluntad	Alto riesgo de alteración con la digestión r/c falta de piezas dentarias
Eliminación	PD	Le cuesta trabajo defecar.  Heces duras con restos de comida no digerida.	Falta de Conocimientos	Estreñimiento r/c dificultad para defecar m/p heces duras, con restos de comida.
Termorregulación	I	Se adapta al medio ambiente		
Comunicarse	I	Expresa y comunica sus sentimientos		

I = Independiente; PD = parcialmente dependiente; D = Dependiente

<b>Necesidad</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Datos de dependencia/ Independencia</b>	<b>Causas de dificultad</b>	<b>Diagnóstico</b>
Moverse y mantener buena postura	PD	No sabe realizar ejercicios activos / pasivos, refiere dolor muscular en hombros	Falta de Conocimientos	Déficit de conocimientos r/c la movilización, c/ desconocimiento para llevarlos a cabo, m/p dolor muscular
Descanso y sueño	PD	*Durante el día da alguna cabezada  *Despierta a las 3.00 a.m. y le cuesta trabajo volver a conciliar el sueño.  *Molestias en los hombros	Falta de Voluntad	Alteración del patrón del sueño r/c despertar durante la noche y dormir durante el día, m/p molestias en los hombros.
Usar prendas de vestir adecuadas	I	-Ropa y calzado cómodos		
Higiene y protección de la piel	PD	Piel marmórea y reseca en Ms Is, con dolor a la palpación  Enlentecimiento en la curación de las lesiones	Falta de Fuerza	Alteración en la circulación, de Ms Ps r/c, enlentecimiento en la curación de las lesiones. m/p piel marmórea y reseca
Trabajar y realizarse	I	Se ocupa del trabajo hogareño con agrado, no requiere trabajar para cubrir sus necesidades		

I = Independiente; PD = parcialmente dependiente; D = Dependiente



<b>Necesidad</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Datos de dependencia/ Independencia</b>	<b>Causas de dificultad</b>	<b>Diagnóstico</b>
Evitar peligros	PD	Se golpea con objetos mal puestos  No lleva un control periódico de su salud.  Rehusa el hipoglucemiente por la noche	Entorno  Falta de Fuerza  Falta de Voluntad	Alto riesgo de lesión r/c la presencia de objetos mal puestos.  Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c incumplimiento del tratamiento m/p no tomar sus medicamentos ni acudir a sus consultas periódicas
Vivir según sus creencias y valores	I	Práctica su religión libremente, le sirve de distracción y ocupa su tiempo libre en ello.		
Jugar y participar en actividades recreativas	D	Cuando no hay quien la lleve se pierde eventos a los que le gustaría asistir.  En casa juega y sonríe con sus nietos.	Entorno	Alto riesgo de aislamiento social r/c ser invidente y solicitar compañía para salir.
Aprendizaje	PD	Considera que no tiene capacidad para aprender  Desinterés por el aprendizaje.	Falta de Conocimientos  Falta de Voluntad	Deficiencia de autocuidado para mantener la salud: r/c sus escasos conocimientos m/p desinterés

I = Independiente; PD = parcialmente dependiente; D = Dependiente

### 7.3.- Plan de cuidados de Enfermería

**Necesidad:** Nutrición e Hidratación

#### Diagnóstico de enfermería 1

- Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de carbohidratos y grasas, cantidad manifestada por 20 kg de sobrepeso.

**Objetivo:** Evitar alteración de la nutrición y favorecer la masticación, evaluando cada tres semanas.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Ayudar a la persona a identificar los factores que contribuyen a los malos hábitos alimenticios.	Ayudar a la persona a identificar los factores externos, puede aumentar su motivación interna para sobreponerse a ellos.	La Sra. M.R.R identifica los factores que contribuyen a sus malos hábitos alimenticios, pero considera que no puede sobreponerse a ellos.
Orientación de los grupos de alimentos necesarios de incluir en cada comida.	La alimentación es básica, por lo que debe incluir los alimentos necesarios en cada comida.	La Sra. M.R.R se muestra interesada en llevar la dieta indicada, pero considera que no se puede hacer comida especial para ella.
Hacer que la familia participe en la planificación de las comidas, para mejorar la nutrición	El apoyo por parte de la familia es fundamental, para mejorar los malos hábitos alimenticios.	Los familiares entienden la necesidad de modificar la composición nutritiva de la dieta y manifiestan su interés en llevarla a cabo, aunque consideran que el cambio llevará tiempo.

**Necesidad:** Nutrición e Hidratación

**Diagnósticos de enfermería 2**

- Alto riesgo de alteración con la digestión r/c falta de piezas dentarias.

**Objetivo:** Evitar alteración de la digestión favoreciendo la, evaluando cada tres semanas.

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación Científica</b>	<b>Evaluación</b>
Dar una dieta blanda, adecuada para diabético, en quintos y dos colaciones.	La alimentación saludable es básica en el cuidado de la diabetes, ya que ayuda a mantener la glucosa en sangre bajo control y protege de los problemas de salud, que la diabetes puede causar, a largo plazo.	La Sra. M.R.R se muestra interesada en llevar la dieta indicada, pero considera que no se puede hacer comida especial para ella.
Canalizar con especialista (Dentista)	La Enfermera no debe asumir las actividades inherentes a los médicos.	El dentista no logró que la paciente utilice la placa dental.

**Necesidad:** Eliminación

**Diagnostico de enfermería:** Estreñimiento r/c dificultad para defecar m/p heces duras, con restos de comida.

**Objetivo:** La Sra M.R.R. adquirirá un hábito deposicional normal, con heces de consistencia blanda.

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación Científica</b>	<b>Evaluación</b>
Explicar la importancia de una dieta adecuada con gran cantidad de fibra e ingesta de líquidos abundantes, así como evitar el sedentarismo	Las comidas con un alto contenido en fibra ayudan a formar heces fecales suaves y voluminosas. Se encuentra en muchas verduras, frutas y granos.	Existe renuencia para incluir verduras en la alimentación diaria, argumentando que no todos quieren verduras.
Enseñar la importancia de beber entre 8 y 10 vasos de agua al día.	La ingesta abundante de líquidos, favorece la eliminación de los productos de desecho.	Se observa disponibilidad para aumentar la ingesta de líquidos y en las visitas realizadas, manifiesta la ingestión de estos.
Indicar la importancia de comer despacio y masticar bien los alimentos.	El proceso de educación continuo la hace pasar de un estado de dependencia a uno de interdependencia.	Por carecer de piezas dentales no mastica correctamente los alimentos y existe renuencia en el uso de placas o la ingesta de papillas.
Ayudarle a elaborar un plan de ejercicios.	Resaltar las ventajas del ejercicio para mejorar la eliminación de desechos puede ayudar a mejorar el cumplimiento de ejercicios prescritos.	Existe renuencia a efectuar ejercicios diferentes a la caminata.

**Necesidad:** Moverse y mantener buena postura

**Diagnostico de enfermería:** Alto riesgo de sufrir lesión física r/c salir, caminar, movilizarse, por ser invidente.

**Objetivo:** Evitar que la Sra. M.R.R, tenga lesiones por golpes o caídas

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Orientación a la familia sobre la importancia de de mantener la casa libre de obstáculos.	La existencia de normas que tienden a proteger y fomentar la vida de los discapacitados, intenta colocar, en lo posible, en un trato de igualdad a quienes poseen una deficiencia física o mental como a quienes disfrutan del funcionamiento cabal de su cuerpo.	Los familiares manifiestan su compromiso por mantener libre de obstáculos la casa para proteger a la Sra. M.R.R.
Enseñar a la persona la importancia de realizar ejercicios que mejoren la postura y que pueda realizar estando sola.	La clave para una buena postura es sentarse, pararse, caminar y acostarse de manera que se reduzca al mínimo el hueco o la curvatura posterior de la espalda. Para ello se contraen los músculos abdominales y el de los glúteos, se relajan los de la parte inferior en la espalda y se inclina la pelvis.	La Sra. M.R.R. entiende la necesidad de cambiar de postura pero rehusa los ejercicios indicados.
Orientar a la Sra M.R.R sobre la importancia de evitar golpes, solicitando a sus familiares retiren cosas u objetos que le impidan libre movilidad.	Los discapacitados requieren desplazarse libremente en espacios abiertos o cerrados y en la eliminación de las barreras arquitectónicas.	La Sra. M.R.R. entiende el derecho que tiene de solicitar espacios para su libre desplazamiento.

**Necesidad:** Descanso y sueño

**Diagnostico de enfermería:** Riesgo de alteración del patrón del sueño r/c despertar durante la noche y dormir durante el día, m/p molestias en los hombros.

**Objetivo:** La señora M.R.R manifestará cada mañana haber dormido sin interrupción toda la noche y sentirse descansada y con fuerza, en un plazo de dos días.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Indicar que se mantenga activa durante el día para facilitar el descanso nocturno.	El reposo y sueño son fundamentales para preservar la salud y bienestar del individuo	Se logra el objetivo, ya que la Sra. M.R.R. refiere dormir sin interrupción.
Explicar técnicas de relajación.		
Proporcionarle y enseñarle a la familia los masajes en los hombros para calmarle el dolor.		
Enseñar a la persona y a la familia la aplicación de compresas calientes en hombros para reducir el dolor.		

**Necesidad:** Higiene y protección de la piel

**Diagnostico de enfermería:** Alteración en la circulación, de Ms Ps r/c, enlentecimiento en la curación de las lesiones. m/p piel marmórea y reseca.

**Objetivo:** Evitar complicaciones vasculares, mejorando la circulación venosa y linfática para regenerar y equilibrar las alteraciones producidas en la piel y tonificar el sistema muscular.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Enseñar el proceso fisiopatológico de la Diabetes Mellitus de acuerdo con el nivel intelectual del paciente.	La circulación es causa fundamental de las alteraciones localizadas en la piel con una mayor fragilidad vascular y dolor al presionar	La Sra. M.R.R. se muestra interesada en la información que se le proporciona.
Fomentar la realización de ejercicios de movilidad articular.	Los programas de ejercicio pueden ayudar a mejorar la circulación	Se muestra renuente a realizar ejercicios diferentes a la caminata, la cual es la única que ha realizado.
Enseñar al paciente la importancia de visitar a un podólogo, para el cuidado de la uñas, callos y juanetes	Es posible que la persona necesite ayuda con el cuidado de los pies para garantizar una rápida detección de lesiones cutáneas o titulares.	Entiende la necesidad de las visitas al podólogo, pero argumenta la falta de tiempo de sus hijos para llevarla.
Enseñar a la persona a explorarse ella misma, y a los familiares a examinar la piel en busca de signos de circulación, de temperatura y la presencia de zonas resacas o fisuras en la piel, en las uñas y los espacios interdigitales.	La inspección diaria ayuda a garantizar una rápida detección de lesiones cutáneas o titulares	Los familiares denotan interés en la enseñanza, de los cuidados y la inspección a la piel.

**Necesidad: Evitar peligros**

## Diagnostico de enfermería 1

- Alto riesgo de lesión r/c la presencia de objetos mal puestos.
- **Objetivo:** Evitar que la Sra. M.R.R. sufra algún daño o lesión por caída o golpe por obstáculos

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<p>Enseñar a los familiares de la Sra. M.R.R. a mantener los pasillos libres de objetos mal puestos.</p>	<p>El medio cultural y la educación influyen en el mantenimiento de un entorno seguro, así como la adecuación del medio y la modificación de barreras arquitectónicas</p>	<p>Se refuerza el conocimiento de los familiares, sobre la importancia de evitar obstáculos.</p>
<p>Enseñar al paciente y a sus familiares formas de impedir lesiones en los pies, manteniendo niveles normales de glucemia y colesterol, cortando correctamente las uñas de los pies y estando pendiente de cualquier signo de sensibilidad, enrojecimiento o exudación.</p>	<p>Los pies de un diabético son más propensos a sufrir lesiones debido a una menor circulación</p>	<p>Los familiares mencionan los cuidados que deberán tener y utilizan un glucómetro para control de la glucemia.</p>



**Necesidad: Evitar peligros**

**Diagnostico de enfermería 2**

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c incumplimiento del tratamiento m/p no tomar sus medicamentos ni acudir a sus consultas periódicas.

**Objetivo:** Lograr que la Sra. M.R.R. llevar el control metabólico con glicemias de ayuno y postprandial (2 horas)

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Explicarle claramente a la persona su régimen terapéutico.	El no cumplir un régimen terapéutico de un proceso ya diagnosticado amenaza la integridad del sistema corporal.	Entiende la necesidad de llevar al pie de la letra el régimen terapéutico, pero no le dá importancia debida.
Enseñar a la persona y a su familia, las complicaciones que puede tener la persona, por no controlar el nivel de glucosa.	Un control farmacológico inadecuado, puede precipitar cetoacidosis.	
Estimular a la persona a que mantenga un registro diario del control de la glucosa	El tratamiento con éxito de la DM en el domicilio, requiere un autocontrol por la persona, para asegurar el régimen prescrito a sus necesidades.	

**Necesidad:** Jugar y participar en actividades recreativas

**Diagnostico de enfermería:** Déficit de actividades recreativas r/c trastorno de la percepción sensorial visual m/p por dependencia para asistir a eventos recreativos.

**Objetivo:** Lograr que sea capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener su autoestima.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Recomendar lugares donde asistan otras personas.	Los recursos de la comunidad pueden ayudar a las personas a sentirse satisfechas consigo mismo.	Existe disponibilidad tanto de la Sra. M.R.R. como de sus hijos, para la participación de las actividades
Motivar a los familiares para que participen conjuntamente con la Sra M.R.R en actividades lúdicas como juegos excursiones, etc.	El ejercicio Mejora el control glucémico ya que provoca un descenso de glucosa en sangre, al ser utilizada por el músculo como fuente de energía .	recomendadas, pero dependen en gran parte de las actividades de trabajo.

**Necesidad:** Aprendizaje

**Diagnostico de enfermería:** Incapacidad para mantener la salud: m/p por sus escasos conocimientos

**Objetivo:** Mejorar la autoestima de la Sra M.R.R.

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación Científica</b>	<b>Evaluación</b>
Ayudar a la Sra M.R.R. a identificar sus fuerzas y aspectos positivos	El hacer que la persona identifique sus aspectos positivos, ayuda para que no solo se fije en sus limitaciones personales.	Logra identificar los aspectos positivos que la hacen sentir importante.
Resaltar la capacidad que tiene de distinguir objetos mediante el tacto.	Las personas con deterioro visual difieren entre si, al igual que los miembros de cualquier grupo, pero tienen capacidad de aprender al igual que una persona con todas sus capacidades.	La Sra. M.R.R. se muestra muy contenta al identificar que es capaz de aprender al igual que otras personas
Resaltar la capacidad de realizar actividades cotidianas en el hogar.		
Animar a la Sra M.R.R a comentar los planes, para incorporar la diabetes a su estilo de vida.	El testimonio de que la persona perseguirá los objetivos y mantendrá su estilo de vida, refleja un ajuste positivo y una adecuada autoestima.	

## **8.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Considero que la elaboración de este trabajo, iniciado como un requisito para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, me ha sido de gran utilidad, ya que me ha enseñado a comprender que mi responsabilidad como enfermera no estriba únicamente en la atención intrahospitalaria, medio en el cual me he desarrollado hasta éste momento en mi vida profesional, sino que lo más importante es contemplar los cuatro elementos fundamentales del ser que son: la salud, la persona, el cuidado y el entorno. Y así mismo aprovechar las oportunidades que ofrece la diversidad de escenarios de práctica, para profundizar en la investigación enfermera.

Por lo tanto, educar y cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud, así como la investigación y la docencia, son tareas de la enfermera para desarrollarse como profesionista.

Por otro lado analizar las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros enunciadas por Virginia Henderson me permitió dar atención integral, con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir de un individuo y he comprendido que en la atención primaria es donde se obtienen mejores resultados aunque a veces nuestros cuidados no sean tangibles.

Creo que así como la Sra. M.R.R que por su situación de discapacidad se considera incapaz de aprender, pero que en realidad tiene el mismo potencial que una persona con todas sus capacidades, así como ella hay gran cantidad de personas que lo único que necesitan es una guía, un análisis de su persona y su entorno, para mejorar su situación de salud.

## 9.- BIBLIOGRAFIA

1. Atkinson Leslie D. Murray. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996. 141 p.
2. Brunner y Suddart. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 2ª ed. México: Interamericana Mc. Graw.Hill. 1975. 1105 p.
3. Carpenito Lynda Juall. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana. 1993
4. Carpenito Lynda Juall. *Planes de cuidados y documentación en Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994
5. Colliere Marie Francois. *Promover la vida*. Interamericana Mc Graw Hill. España. 1997. 395 p.
6. Egurza, M., Notivol, P; *La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano*. México: Ateneo, 1998. 345 p.
7. García Caro C. y Martínez Martín María Luisa; *Historia de la enfermería: Evolución Histórica del cuidado enfermero*. Madrid. Ed. Harcourt. 2001. 214 p.
8. García González, Ma. De Jesús. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México: Progreso. 1997. 320 p.
9. Grispun Doris. *Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico*, p.239-247. En: *Sociedad, Salud y enfermería*. Ana Laura Pacheco Arce. México: UNAM, ENEO, Sistema de Universidad Abierta; 2003. 314 p.
10. Iyer Patricia W. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3a. ed. México: Mac Graw Hill; 1997. 444 p.
11. Iyer Patricia W. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México. Interamericana McGraw-Hill. 1993. 324 p.
12. Luis Rodrigo, Ma. Teresa. *Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Aplicación práctica: Rol de Enfermería*. Madrid. c1994. 104 p.
13. Nicola Pietro de. *Geriatría*. México. Manual Moderno. c1985. 304 p

14. Sánchez Ramiro. Filosofía. Barcelona: *Enciclopedia Encarta*; 2001.
15. Tomey Marriner Ann. *Modelos y teorías en enfermería*. 4a. Ed. España: Harcourt; 2000. 555 p.

### **Otras fuentes**

1. Aniozte Hernández, N. *La profesionalización de la enfermería española*. En: <http://www.chemedia.com/cgi-bin/smartframe/v2/smartframe>. [ consultado 20-08-2005 ]

**ANEXO 1**

**INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

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

**INSTRUMENTO METODOLÓGICO  
PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

**ELABORO: María Cristina Maya Rosas**

**DÍA DE ASESORÍA: miércoles**

**AUTOR: Lic. en Enf. Maria Aurora García**

**FECHA: Septiembre de 2005**

## **PRESENTACIÓN**

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería y posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuesto, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y de su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para la utilización del presente instrumento el alumno maneje conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.



## **CONTENIDO**

### **PRESENTACIÓN**

#### **I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

#### **II. VALORACIÓN E NECESIDADES HUMANAS**

- 1 Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
- 2 Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.
- 3 Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje.

#### **III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA**

#### **IV. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

#### **V. EVALUACIÓN**

#### **VI. PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.R.R. Edad: 75 a Peso: 70 Kg Talla 1.45 m  
Fecha de nacimiento: 22 - 09-1928 Sexo: F Ocupación hogar  
Escolaridad: primaria Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: Distrito Federal Fuente de información: directa  
Fiabilidad (1-4): 3 Miembro de la familia / persona significativa: esposa y madre

## VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: No presenta Tos productiva/ seca: no presenta  
Dolor asociado con la respiración: No tiene Fumador: No  
Desde cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día/ varía la cantidad según su estado emocional: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temperatura 36.5 °, F.C. 84' min,  
F.R. 22 'min. T.A. 110/70 mm/hg  
Tos productiva / seca: No tiene Estado de conciencia: conciente  
Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: piel y mucosas rosada, excepto  
las partes distales de Ms. Is. Que se observan amoratadas, llenado capilar 3  
seg.  
Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

### NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): No terapéutica Número de comidas diarias: tres, en  
algunas ocasiones dos.

Trastornos digestivos: Agruras a la ingesta de chile  
Intolerancias alimentarias / Alergias: ninguna  
Problemas de la masticación y deglución: Le cuesta trabajo masticar, por falta de dientes; no puede tragar ningún medicamento, los toma diluidos en agua.  
Patrón de ejercicio: camina 30 min. Ocasionalmente

Objetivo:

Turgencia de la piel: piel turgente  
Membranas mucosas hidratadas / secas: Lengua y paladar secos, hace movimientos como si estuviera masticando algo.  
Características de uñas / cabello: cabello delgado, uñas delgadas y quebradizas.  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: No hay alteración neuromuscular ni esquelético  
Aspectos de los dientes y encías: encías rosadas, carece de todos las piezas dentales.  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Cicatriz media, infraumbilical con antigüedad de 40 años por cesárea y hernia umbilical.  
Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo

Hábitos intestinales: 1 o 2 veces al día, características de las heces, orina y menstruación: heces de color café, formadas, olor característico, con restos de comida no digerida; orina amarilla clara, frecuencia de 5-6 veces en el día, y 1 o 2 veces en la noche; menopausia a los 49 años  
Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: ninguna  
Uso de laxantes: No Hemorroides: No  
Dolor al defecar / menstruar / orinar: No, refiere molestia al defecar u orinar  
Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: No influyen

Objetivo:

Abdomen características Globo, depresible, cicatriz que loide  
Ruidos intestinales: ocasionales  
Palpación de la vejiga urinaria: no se palpó  
Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: no se adapta a las temperaturas altas

Ejercicio / tipo y frecuencia: camina dos veces por semana 30 min. aproximadamente.

Temperatura ambiental que le es agradable: el frío

Objetivo:

Características de la piel: brillante y amoratada en Ms. ls. con dolor a la palpación

Transpiración: siente la presencia de sudor en su rostro, pero realmente no lo hay

Condiciones del entorno físico: en su casa se siente un ambiente fresco, el cual le es agradable.

Otros: \_\_\_\_\_

## 2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

### NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Es capaz de realizar todas sus actividades.

Actividades en el tiempo libre: acude a rezar rosarios a la virgen o a los difuntos, caminando o en postura de pie o incada, o "ve" la televisión.

Hábitos de descanso: duerme una siesta de ½ a 1 hora por las tardes

Hábitos de trabajo: se levanta muy temprano para iniciar las labores domésticas y lo hace con agrado.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: la tiene tanto en manos como en miembros podálicos

Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad: se observa mayor resistencia y flexibilidad, en las piernas que en los brazos flexibilidad en

Posturas: Se encorva al estar sentada

Necesidad de ayuda para la deambulación: aunque es invidente deambula sin dificultad en su casa, requiere ayuda para salir a la calle

Dolor con el movimiento: al levantar los brazos, refiere ligero dolor.

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: conciente y orientada  
Estado emocional: Alegre, aunque a veces se pone triste cuando su hijo menor está de viaje.

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Hora de descanso: 19 hrs Horario de sueño: de 23.00 a 6.00 hrs  
Horas de descanso: 7.00 Horas de sueño: 5 o 7  
Siesta: 1/2 a 1 hora Ayudas: ninguna  
Insomnio: a veces desde las 3.00 A.M: por dos horas Debido a: desconoce la causa  
Descansado al levantarse: Si

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: se le traba la lengua al hablar, probablemente por la falta de dientes.  
Ojeras: No presenta Atención está atenta durante la entrevista Bostezos: ocasionalmente Concentración: pone atención a los que se le explica o pregunta  
Apatía: No es apática Cefaleas: ocasionales, duerme un rato y desaparecen  
Respuesta a estímulos: reacciona a cualquier estímulo  
Otros: da cabezadas, cuando termina de comer, si sale en coche se queda dormida, la mayor parte del trayecto

## NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: únicamente para la selección de colores, ya que es invidente

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si, se ve bien con su vestuario

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: No tiene problemas

Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: a veces  
no quiere quitarse el delantal para salir a la calle.  
Otros: \_\_\_\_\_

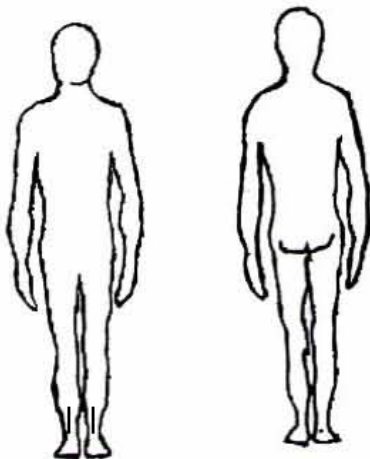
## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: cada tercer día  
Momento preferido para el baño: en las noches  
Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día (encías, no tiene dientes)  
Aseo de manos antes y después de comer: antes Después de eliminar: si  
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Objetivo:

Aspecto general: se ve limpia, y ordenada  
Olor corporal: siempre huele a perfume Halitosis: No tiene  
Estado del cuero cabelludo: limpio y brillante  
Lesiones dérmicas Tipo: piel brillante, reseca y amoratada en Ms. Ps.  
(Anotar la ubicación en el diagrama)  
Otros: \_\_\_\_\_



## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: su pareja y un hermano,  
soltero, en tres departamentos del mismo edificio viven sus hijos con su  
respectiva familia.

Como reacciona ante situación de urgencia: se angustia mucho, no es capaz de  
reaccionar.

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: algunas

Trabajo: en casa y refiere algunas.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: no es constante, deja pasar mucho tiempo sin acudir a su control de salud.

Familiares: \_\_\_\_\_

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: llorando

Objetivo:

Deformidades congénitas: No tiene

Condiciones del ambiente en su hogar: se observa un ambiente agradable

Trabajo: en casa con un ambiente agradable.

Otros: \_\_\_\_\_

### 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:

Estado civil: casada Años de relación: 47 Viven con: su pareja y un hermano, es un edificio de cuatro departamentos, en los otros tres viven sus hijos con su respectiva familia.

Preocupaciones / estrés: su hijo menor viaja constantemente y se angustia por ello. Familia: su hijo mayor vive en provincia, a veces lo extraña mucho

Otras personas que pueden ayudar sus hijos, vernos y nietos.

Rol en estructura familiar: es madre y esposa

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: tristeza

Cuanto tiempo pasa sola: generalmente no está sola

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: cada semana

Objetivo:

Habla claro: se le traba la lengua al hablar, probablemente por falta de dientes Confusa: No

Dificultad.Visión: es invidente Audición: sin problema

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: existe buena comunicación con toda la familia.

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en la familia: El amor, la unidad

Principales valores personales: honestidad y amor

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): ninguno

Permite el contacto físico: Si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:  
imágenes de santos y un crucifijo

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: No Tipo de trabajo: ama de casa

Riesgos: quemaduras, caídas, golpes. Cuánto tiempo le dedica al trabajo: todo el día de forma intermitente, descansa cuando lo requiere.

Estas satisfecho con su trabajo: Si Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: todas sus necesidades las cubren sus hijos, a parte de recibir la ayuda del G.D.F

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si, porque gira en torno a sus hijos, le apoya con la preparación de alimentos

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: calmada

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: cada año va, al niño doctor o al sr. de chalma, le gusta acudir a reuniones

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: No



Recursos en su comunidad para la recreación: En el templo organizan eventos para ancianos

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: participa cuando hay quién la acompañe

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: neurologicamente íntegro, muscular claudica MII

Rechazo a las actividades recreativas: No, sin embargo a veces no hay quién la acompañe

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: participativa y alegre

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: primaria

Problemas de aprendizaje: su discapacidad (invidente), no le permitió seguir estudiando

Limitaciones cognitivas: Si Tipo: visión

Preferencias: leer / escribir: escuchar, "ver T.V."

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: Si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no le interesa, refiere no tener capacidad

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: íntegro

Órganos de los sentidos: Invidente

Estado emocional: ansiedad, dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: en ocasiones se le olvida que iba a hacer

Memoria remota: recuerda eventos muy antiguos

Otras manifestaciones: refiere y se observa que depende de otra gente para llevar a cabo sus actividades

## CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia*	Diagnóstico de Enfermería
Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Nutrición e hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Termorregulación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Vivir según sus	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

\* (I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

creencias y valores	PD _____	_____
	D _____	_____
Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

(I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

IV Y V PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES

VI PLAN DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES

## ANEXO 2

### Diabetes Mellitus

Es una afección endocrina del metabolismo de carbohidratos que se debe a deficiencia en la producción de insulina en las células de los islotes de Langerhans, en el páncreas. La insulina es una hormona esencial que se requiere para transferir la glucosa al interior de las células musculares y del tejido adiposo. Cuando la glucosa no puede penetrar a las células del cuerpo por que la cantidad de insulina es deficiente o inadecuada se altera el metabolismo de grasas y proteínas. Es probable que se produzca catabolismo de proteínas, cetosis y balance negativo de nitrógeno. El aumento constante de glucosa en sangre permite que en las células se pierda agua y se produzca glucosuria. Surge deshidratación extracelular por presión osmótica alta y mayor cantidad de glucosa en orina. Como resultado de estas adaptaciones fisiopatológicas se manifiestan los síntomas clásicos de la diabetes.

Hay tres grandes tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1: generalmente se diagnostica en la infancia. El cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para sobrevivir y, de no hacerse apropiadamente, se pueden presentar emergencias médicas.
- 
- Diabetes tipo 2: es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa en la sangre normales, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una condición grave. Este tipo de diabetes se está volviendo más común

debido al creciente número de estadounidenses mayores, el aumento de la obesidad y la falta de ejercicio.

- Diabetes gestacional: consiste en la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una persona que no tiene diabetes.

### **Factores de riesgo**

- Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos)
- Obesidad
- Edad superior a 45 años
- Ciertos grupos étnicos (particularmente afroamericanos e hispanoamericanos)
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 kg
- Presión sanguínea alta
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre (un tipo de molécula grasa)
- Nivel alto de colesterol en la sangre

### **Síntomas:**

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas incluyendo necesidad frecuente de orinar, sed excesiva, hambre, fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito
- Fatiga
- Náuseas
- Vómitos

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Aumento del apetito
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones que sanan lentamente
- Impotencia en los hombres

### **Signos y exámenes:**

Se puede utilizar un análisis de orina para detectar glucosa y cetonas producto de la descomposición de las grasas. Sin embargo, una prueba de orina no diagnostica diabetes por sí sola. Para este diagnóstico se utilizan las siguientes pruebas de glucosa en sangre:

- Nivel de glucosa en sangre en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades.
- Nivel de glucosa en sangre aleatoria (sin ayuno): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dl y están acompañados por los síntomas típicos de aumento de sed, gasto urinario y fatiga. (Esta prueba se debe confirmar con otra de nivel de glucosa en sangre en ayunas.)
- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl luego de 2 horas (esta prueba se usa más para la diabetes tipo II).

Los pacientes con la diabetes tipo I generalmente desarrollan síntomas en un período de tiempo corto y la condición frecuentemente se diagnostica en un centro de atención de emergencia. Además de tener los niveles altos de glucosa, los diabéticos de tipo 1 con la enfermedad en estado agudo tienen altos niveles de cetonas.

Las cetonas son producidas por la descomposición de la grasa y el músculo y son tóxicas en altos niveles. Las cetonas en la sangre ocasionan una condición llamada "acidosis" (bajo pH en la sangre). Con las pruebas de orina se detectan tanto los niveles de glucosa como de cetonas. Los niveles de glucosa también son altos.

## **TRATAMIENTO**

La diabetes no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar la glucemia y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo, a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal.

En cada tipo de diabetes el objetivo terapéutico es lograr concentraciones normales de glucosa en sangre (euglucemia) sin hipoglucemia y sin alterar de manera importante la actividad normal de la paciente. El tratamiento se basará en la edad de la paciente, su estado general de salud, que tan avanzada está la enfermedad, la tolerancia a los medicamentos, la aceptación de las terapias y procedimientos.

Hay 5 componentes para el tratamiento de la diabetes:

- Dieta
- Ejercicio
- Vigilancia
- Medicamentos cuando sea necesario
- Enseñanza

### **Dieta:**

se requiere la selección cuidadosa y el control de las cantidades de los principales principios alimenticios para proporcionar un equilibrio entre el ingreso calórico y el gasto de energía. El ingreso calórico debe ser igual al gasto de energía para evitar un equilibrio positivo, con la consiguiente hiperglicemia y aumento de peso,



o un equilibrio negativo que puede conducir a una excesiva disociación de grasa con riesgo a acetoacidosis. La prescripción de dieta indica el número de calorías necesarias cada día y las proporciones de estas calorías que deben asignarse a carbohidratos, proteínas y grasa. El número de calorías se determinara por el peso ideal de la paciente, edad y actividad. Se prescribirá calorías de 20 a 25 /Kcal/Kg de peso corporal presente, si la paciente es obesa se debe iniciar con cantidades bajas de calorías e ir incrementando según se requiera, además se proporcionará sugerencias para que puedan incluir platillos favoritos en la dieta.

### **Ejercicio:**

El ejercicio es un factor muy importante a tener en cuenta al elaborar un programa para el control de la diabetes. Además del hecho de que mejora el tono muscular, y mantiene saludables al corazón, vasos sanguíneos y pulmones, el ejercicio hace bajar el colesterol y los triglicéridos. Otros beneficios incluyen el gasto de calorías, lo cual ayuda a las personas con diabetes no insulino dependiente a lograr un peso adecuado y a mantenerlo. El ejercicio contribuye al control de la diabetes porque potencia la acción de la insulina y así se disminuye la cantidad de medicación que se requiere. Un programa balanceado de ejercicio reduce la tensión y el estrés, mejora la concentración y hace disminuir el apetito.

Durante el ejercicio, el músculo absorbe glucosa y el promedio sanguíneo de glucosa desciende, se le hará hincapié en la importancia de aumentar la ingestión de agua antes y durante el ejercicio.

Se debe establecer un programa de ejercicios adecuado a cada individuo, si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo. Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo una tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.).

**Vigilancia:**

Es muy importante la vigilancia continúa de glucosa en sangre y orina, en la actualidad existen diversos aparatos que pueden emplearse en el hogar que se pueden analizar con rapidez, la persona debe verificar su glucosa cuatro veces al día ( en ayunas, después del desayuno, almuerzo y cena). Los valores deseados son un valor en ayunas menor de 70 a 90 mg/dl y de 130 mg/dl 1 h después. Los niveles promedio de glucosa deben ser de 90mg/dl.

**Medicamentos cuando sea necesario:**

El objetivo del tratamiento con insulina es mantener la glucosa sanguínea tan cerca del promedio normal como sea posible. Se añadirá insulina según se requiera, para controlar la glucosa, únicamente después de que se observen los errores dietéticos y se realicen intentos para corregirlos.

Las dosis de insulina se individualiza según el cuadro clínico y los resultados de los análisis de glucosa sanguínea.

**Enseñanza:**

La educación para diabéticas dependientes de insulina debe abarcar la técnica correcta de inyección, rotación de sitios, forma de almacenar el medicamento y el cuidado de la piel. Se motivará a la paciente para cambiar su estilo de vida para su beneficio.

# ANEXOS