



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA PERSONA CON MANTENIMIENTO INEFECTIVO
DE LA SALUD RELACIONADO CON AFRONTAMIENTO INEFICAZ
MANIFESTADO POR DESCONOCIMIENTO E INSEGURIDAD**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

CRISTINA MARGARITA LÓPEZ RUIZ

NUM. DE CUENTA:

097704795

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M.E. LETICIA SANDOVAL ALONSO.

MEXICO

2006.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Dios:

Por darme vida y salud, así como el
permitirme disfrutar de cada minuto de mi vida.

A La M. E. Leticia Sandoval Alonso:

Agradezco inmensamente todo el apoyo, el
amor, la comprensión que me ha dedicado hasta
hoy para alcanzar esta meta, que es de ambas; y
espero siga siendo así para realizar los demás.
Por que eres de esas clase de personas que todo lo
comprenden y dan lo mejor de si mismos sin
esperar nada a cambio...

Por que sabes escuchar y brindar ayuda cuando
es necesario... Por que te has ganado el cariño,
admiración y respeto de todo el que te conoce.

Con admiración y cariño

Sinceramente.

A mi Familia, Amigos y Profesores:

Al termino de esta etapa de
mi vida, quiero expresar el
profundo agradecimiento a
quienes con su ayuda,
apoyo y comprensión me alentaron
a lograr esta hermosa realidad.

Gracias.

Dedicatoria

A mis Padres:

A quienes me han heredado el tesoro más
valioso que puede dársele a un hijo:

Amor.

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno,
han sacrificado gran parte de su vida
para formarme y educarme

A quienes la ilusión de su vida
ha sido convertirme en persona de
Provecho

A quienes nunca podré pagar todos sus
desvelos ni aún con las riquezas más
grandes del mundo.

Por eso y más. Gracias.

A mis Hermanas:

Por que sabiendo que no existirá una
forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo,
quiero que sientan que el objetivo logrado también es
de Ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo
fue su apoyo.

gracias.

A toda mi Familia, Compañeras y Amigos:

Les dedico la presente como agradecimiento
al apoyo brindado durante estos años de
estudio y como un reconocimiento de
gratitud al haber finalizado esta carrera.

gracias.

ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	4
III.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO	5
IV.- MARCO TEÓRICO	
4.1.- Perspectiva Histórica de Enfermería	7
4.2.- Principales Antecedentes Históricos de Enfermería	8
4.3.- Definición de Enfermería	11
4.4.- La OMS y el Proceso de Enfermería	12
4.5.- Proceso Atención de Enfermería	13
4.6.- Conceptos Básicos del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson	25
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
• Ficha de Identificación	30
• Presentación del Caso	30
• Identificación de Necesidades	32
• Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería:	34
⇒ Valoración de las 14 Necesidades	
⇒ Diagnóstico de Enfermería	
⇒ Planeación de Cuidados	
⇒ Intervención	
⇒ Evaluación	
VI.-	48

CONCLUSIONES

VII.-	SUGERENCIAS	50
VIII.-	GLOSARIO	51
IX.-	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
X.-	ANEXOS:	
	ANEXO No. 1 INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DE NECESIDADES	56
	ANEXO No. 2 PLAN DIETÉTICO	64
	ANEXO No. 3 ALIMENTOS Y EQUIVALENCIAS	66
	ANEXO No. 4 PLAN DE EJERCICIOS	70

I.- INTRODUCCIÓN

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

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

Como individuos, tenemos el poder y la responsabilidad de mantener nuestro organismo en equilibrio a través de mantener cubiertas nuestras necesidades siendo una de las metas que propone Virginia Henderson.

El presente Proceso Atención de Enfermería se estructura de la siguiente forma:

En el primer capítulo se da inicio con la introducción del trabajo realizado en forma general. En el segundo capítulo se establecieron los objetivos generales y específicos, que se pretendieron alcanzar. En el tercer capítulo se describe la metodología que se siguió para la aplicación y desarrollo del Proceso Atención de enfermería.

En el cuarto capítulo se presenta el marco teórico, en el cual en un primer momento hace referencia a las perspectiva histórica de Enfermería, posteriormente se abordan los conceptos de enfermería, después se describen

las etapas de que esta formado el Proceso Atención de Enfermería y por último los conceptos básicos del Modelo de enfermería de Virginia Henderson.

En el quinto capítulo se lleva acabo la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se seleccionó a una persona de 58 años, adulta con mantenimiento inefectivo de la Salud, en la cual existía un afrontamiento ineficaz debido al desconocimiento lo que le originaba inseguridad hacia su cuidado integral y quien se sabe diabética desde hace una año e hipertensa hace seis meses.

La Valoración de Enfermería se presenta con base en el instrumento-guía sugerida, misma que se encuentra en el Anexo No.1, en la cual se destacan los datos de dependencia e independencia para con ello realizar el análisis de las mismas.

Para la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería se utilizaron las definiciones y clasificación emitida por la North American Nursing Diagnosis (NANDA) correspondiente al 2005-2006.

Dentro de la planificación se crearon objetivos enfocados a satisfacer las necesidades que presentaba la persona. Además se realizó la priorización de las necesidades no satisfechas detectadas, con base en eso se planearon las intervenciones de enfermería. La ejecución y la evaluación se fueron aplicando de forma simultanea, realizando los ajustes necesarios e implementando estrategias para el logro de los objetivos planteados.

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

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

En el octavo capítulo se integra el glosario de términos y en el noveno capítulo se encuentran las referencias bibliográficas utilizadas en el presente trabajo.

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

II.- OBJETIVOS

1. - OBJETIVOS GENERALES

1.1. - Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson en la persona, logrando a través de las intervenciones de enfermería maximizar la calidad de atención.

1.2. - Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica a la práctica profesional.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1- Valorar el potencial de la persona para satisfacer sus necesidades relativas a su estado de salud.

2.2.- Realizar intervenciones de forma organizada, priorizando e implementando estrategias que ayuden a una pronta recuperación de salud y evitar con ello complicaciones

2.3.- Conducir a la persona a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades

III.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la realización del presente trabajo fue necesario la asistencia a 7 sesiones con la Directora del trabajo, en el cual se hizo una revisión bibliográfica con la finalidad de conformar las bases teóricas y metodológicas para la elaboración y reafirmar los conocimientos adquiridos en los estudios profesionales de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

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

Desde la primera sesión se realiza la selección de una persona aparentemente sana a quien aplicar el Proceso Atención de Enfermería. Por lo cual seleccione a una adulta de 58 años, con mantenimiento inefectivo de la Salud, en la cual existía un afrontamiento ineficaz debido al desconocimiento lo que le originaba inseguridad hacia su cuidado integral y quien se sabe diabética desde hace una año e hipertensa hace seis meses, la cual no realizaba actividad física alguna y fue contactada en su domicilio.

Se realizó la revisión de la etapa de valoración y de las 14 necesidades básicas, utilizando como guía para esta etapa un instrumento que fue realizado basándose en el modelo de Virginia Henderson (anexo 1), además de definir como sería aplicado para detectar el grado de dependencia e independencia de la persona.

Se planeó que la realización de la valoración de las necesidades básicas de la persona seleccionada, fuese en su domicilio, siendo necesario realizar 5 visitas semanales.

Para la exploración física se utilizó como auxiliares diagnósticos: el estetoscopio, baumanómetro de mercurio, termómetro, cinta métrica, balanza y glucómetro. Se revisan estudios de laboratorio (Bh, Qs, y EGO) que fueron

realizados a la persona con anterioridad de 1 año a 6 meses antes de la fecha en que se realizó la valoración.

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

Se identificaron los problemas y se estructuraron los Diagnósticos de Enfermería, con apoyo en la taxonomía de los Diagnósticos de la NANDA-Definiciones y Clasificaciones 2005 – 2006.

Se elaboró el Plan de Cuidados durante los meses de Agosto y Septiembre del 2006, para lo cual se realizó primero la priorización de necesidades no satisfechas detectadas y se planearon objetivos para cada necesidad. Se estableció un Plan de acción. En éste se hace énfasis las actividades a realizarse y la organización de las intervenciones, implementando estrategias que permitieran cumplir los objetivos trazados.

La ejecución y evaluación del Proceso se llevó a cabo durante los meses de Agosto y septiembre del 2006. La ejecución del Proceso se realizó de forma simultánea evaluando si las intervenciones eran las correctas o si se había que implementar otras.

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

IV.- MARCO TEÓRICO

4.1.- PERSPECTIVA HISTÓRICA DE ENFERMERÍA

Desde los primeros tiempos se conoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y los recién nacidos.

Antes de la Era Cristiana (año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Más tarde, las órdenes monásticas se ocuparon de estas actividades integrándolas en sus actividades normales.

La primera orden de Enfermería, las Hermanas Agustinas, se fundó en la Edad Media. Esta fue probablemente la primera organización puramente sanitaria que se creó para el servicio público.

Antes de la Reforma Protestante del siglo XVI, los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la Reforma, a principios de 1517, el interés por la Iglesia y la religión disminuyó en gran medida. Esta crisis provocó el nacimiento del llamado “Período Oscuro” de la Enfermería. Los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes. Mujeres descritas como amigas de la bebida, crueles e inmorales se ocupaban de la atención del enfermo. Sus labores eran realizar las tareas domésticas del hospital, lavar la ropa y hacer la limpieza, y todo ello por un escaso salario. No se necesitaba ninguna formación especial para ejercer como “Enfermera” y su jornada laboral era de entre 12 y 40 horas consecutivas. Este “periodo oscuro” finalizó a mediados del siglo XIX.

La reforma llegó de la mano de una enfermera británica, Florencia Nightingale, durante la Guerra de Crimea en 1854 – 1856. Los esfuerzos de Florencia lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Sin embargo, el proceso reformista de Nightingale no sólo hizo de la enfermería una profesión. Además de luchar por la limpieza y la comodidad de los hospitales. Nightingale trabajó a favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y evitar en lo posible las enfermedades provocadas por las infames condiciones de las ciudades.

Nightingale creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de si mismo.

Muchas de las respuestas de Nightingale son ahora la base de la atención. La formación de la enfermera era el principal objetivo de esta Reforma. Entre sus muchos logros, destaca la fundación de la Escuela de Enfermería en el St. Tomas Hospital de Londres, el primer centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. También colaboro en la creación en la primera organización de atención domiciliaria.

En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y de salud fue algo anterior a la Revolución Americana en 1775 - 1783.. Una organización importante fue la Nurse Society of Philadelphia, que ofrecía a las mujeres la instrucción mínima de Obstetricia, necesaria para capacitarlas para ayudar a las parturientas.¹

4.2.- PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Durante la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la Enfermería, dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la Enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de la salud, por fundaciones nacionales y las complejidades de la Medicina.²

En la segunda mitad del siglo hubo otros movimientos que afectaron los cuidados de salud y la enfermería, como fueron: El progreso de la Salud Pública, el desarrollo de organizaciones voluntarias y gubernamentales, la lucha de la igualdad de derechos de la mujer. Estos factores combinadas por las fuerzas internas de la Enfermería, por aumentar su concientización, innovar

¹ Kozier, Bárbara, Et al.” Introducción a la Enfermería”en Enfermería Fundamental I. Tr. Carlos J. Bermejo, 4a.Edición, Edit. Interamericana Mc Graw- Hill, Madrid 1993.pp.2-22

² Donahue, M. Patricia Historia de la Enfermería Tr. María Picazo, Ed. Doyma, Barcelona, 1998p.440

su ámbito de responsabilidades y orientarse a la profesionalización han modelado el papel de la Enfermera y la Enfermería.

En los años 20's había pocas Enfermeras y los cuidados eran realizados por los estudiantes, en este tiempo la enfermera realizaba funciones que no correspondían a la profesión como: fregar suelos, lavar bandejas, limpiar el equipo además del cuidado rutinario a la persona, por lo cual no se empleaba el cuidado con enfoque holístico.³

En los 40's, ya con innovaciones en los cuidados de la salud, las funciones de las enfermeras incluían la determinación de la presión arterial, la ayuda a transfusiones, administración de oxígeno, la inyección de medicamentos, colaboración en los quirófanos y la sala de partos. Hubo un aumento considerable en las personas que ingresaban a los hospitales ya que los consideraban seguro y eficaces.

También hubo escasez de enfermeras se creía que había un exceso en la guerra mundial lo cual no sucedió, ya que muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares, otras abandonaron su trabajo por no permitírseles participar en planificaciones y tomas de decisiones, se negaban a participar en una estructura laboral que ofrecía poca recompensas, muchas horas de trabajo físico arduo y salarios bajos.⁴

Durante la segunda Guerra Mundial surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado de la persona enferma. Este desarrollo de unidades de punto específico aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligado a contar con algún tipo de Enfermería especializada, lo cual contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales. Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de Enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

³ Ibidem. p.442

⁴ Ibidem..pp.443-444

En los años 60's se inicio un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y la persona enferma. Dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia Hall cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones y promover la salud y evitar las caídas y las nuevas enfermedades. La enfermera paso a ser el factor primordial en el cuidado de la persona enferma coordinando a la familia, para resolver los problemas de salud y obtener la recuperación total.

Fue hasta los 70's cuando se hace realidad la meta combinando el cuidado de Enfermería por enfermeras profesionales y el cuidado integral a la persona con la aparición de la Enfermería primaria que es responsable del cuidado integral con el enfoque holístico del enfermo durante toda su estancia hospitalaria las 24 horas, de los siete días de la semana.

Los cuidados de la Enfermería primaria asume la responsabilidad de toda gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación de alta.

A pesar de los grandes pasos que se han dado en Enfermería, los problemas siguen vigentes, las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto, las preocupaciones giran entorno a la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las practicas religiosas, la imposibilidad de usar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones, situaciones que le impiden brindar cuidados de alta calidad.

De las enfermeras actuales se espera que funcionen en una variedad de contextos, deben ser, excelentes cuidadoras, investigadoras, capacitadas y pensadoras basadas en el razonamiento científico, lógico y crítico.

Los avances científicos y técnicos amplían sus oportunidades pero a la vez multiplican sus responsabilidades. Nuestra meta es seguir haciendo frente a los retos del futuro tal como lo identificara Florence Nightingale. El ambiente en

que se movía la Enfermería no era propicio para la investigación, como tampoco había enfermeras para emprenderla.

Sin embargo la necesidad de investigación de Enfermería ya que reconocida por las primeras dirigentes que se comprometieron en el método científico, de recabar e interpretar datos para generar nuevos conocimientos tendientes para mejorar los cuidados de Enfermería.⁵

4.3.- DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Florencia Nightingale definió la enfermería hace unos cien años como “La actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”, eleva la enfermería al status de profesión.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras “modernas” que define la profesión en 1960. “La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila), tarea que el individuo realizaría por si mismo, si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlos a cabo lo mas pronto posible”

La American Nurses Association (ANA) describe la practica de la enfermería como “directa” orientada hacia una meta y adaptable a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad durante la salud y la enfermedad, ANA en 1973. En 1980, la ANA publicó la siguiente definición: La enfermería es el diagnostico y el tratamiento de las respuestas humanas del ser humano a los problemas actuales o potenciales de salud”

4.4.- LA OMS Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud, resume las características del proceso de enfermería, resultando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz

⁵ Ibidem. p.447

resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático.

La definición dada por la OMS en 1977 declara: “El proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/ cliente/ familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se puedan cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/él enfermera/o, en la colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, él / ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él / ella evalúan los resultados.

La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo la enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejora”.

De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que existe un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características claves del proceso se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisiones que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso de enfermería.

Si esto se aplica a enfermería resulta evidente que las / os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en la aplicación de

unos buenos conocimientos y habilidades a las diferentes situaciones de cuidados.⁶

4.5.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

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

OBJETIVO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ❑ Valorar el potencial de identificación del individuo de acuerdo a sus necesidades en cuanto a su estado de salud.
- ❑ Identificar las necesidades de acuerdo a su desarrollo y desviación a la salud.
- ❑ Identificar los factores de riesgo relacionados con el déficit de necesidades.
- ❑ Formular Diagnósticos de Enfermería que establezcan los problemas o sus necesidades.
- ❑ Definir las intervenciones en un plan de atención especializados priorizando el déficit de necesidad.
- ❑ Identificar las necesidades de dependencia aplicando el modelo de Virginia Henderson.
- ❑ Valora el grado de cumplimiento de los objetivos de la persona y su respuesta al modelo aplicado.
- ❑ Valorar la respuesta de la persona a los cuidados de Enfermería y sus posibles variaciones en el déficit de la independencia,

⁶ Hinchliff, Susan M. Et, al.” Enfoques del Cuidado de Enfermería” en enfermería y cuidados de Salud. Doyma Barcelona, 1993. pp.174-175

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Finalidad.- conseguir cuidados de “Calidad” dirigidos al paciente, familia o comunidad.
- Dinámico y Flexible.- responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a la necesidad del paciente.
- Universal.- se adapta a todos los campos de Enfermería (primero, segundo y tercer nivel de atención).
- Sistemático.- parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
- Individual.- por que permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.
- Interpersonal.- El proceso exige que el personal de enfermería se comunique directa e individualmente con el paciente.
- Continuo.- por que exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

BENEFICIOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- El Proceso de Enfermería a mostrado ser eficaz en la promoción, en la calidad y eficiencia de los cuidados de salud que acelera la solución de los problemas y maximiza las oportunidades y los recursos.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que evitan omisiones y conclusiones prematuras, esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadosa y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos, realistas e intervenciones individualizadas que puedan obtener resultados.
- Ayuda a las personas a darse cuenta de que su aportación es valiosa para fijar los objetivos y el cumplimiento de las intervenciones para su pronta recuperación.
- Permite evaluar la calidad de los cuidados de la persona y hacer reestructuraciones necesarias que permitan mejorar la independencia de la persona e integrarla lo más pronto posible a la sociedad.

VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

La aplicación del proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente, el proceso enfermero define al campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- ❑ Participación en su propio cuidado.
- ❑ Continuidad en la relación.
- ❑ Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera son:

- ❑ Se convierte en experta.
- ❑ Satisfacción en el trabajo.
- ❑ Crecimiento profesional.

EL DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- ❑ Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- ❑ Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- ❑ Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Como todo método, el Proceso Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relaciona entre sí, consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

I.-VALORACIÓN.-

La valoración es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería.

Concepto.-

Es el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas de la persona. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para detectar las necesidades, establecer prioridades y planear intervenciones.

Fuente de datos.-

- Primaria: paciente. Fuente principal.
- Secundaria: personas (familia, otros enfermos...), Registros (análisis , etc), Publicación (lo que aparezca nuevo de esta enfermedad).

Dependiendo de quien aporta el dato, puede ser:

- Subjetivo.- son percepciones del paciente acerca de sus problemas de salud y solo el paciente puede proporcionar esta información. No se puede medir y son propias del paciente. (sentimientos).
- Objetivos.- son determinaciones hechas por la enfermera que recaba la información, se pueden medir por cualquier escala o instrumento. (cifras de la tensión arterial).
- Históricos.- antecedentes, son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc). Nos ayudan a referenciar los hechos con el tiempo (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales.- datos sobre el problema de salud actual.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

A) Entrevista clínica.- es la conversación organizada entre enfermera paciente, con el objetivo de conocer su historia sanitaria.

- Formal.- Es una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- Informal.- es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

- B) La observación.- Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier fuente significativo y del entorno, así como de la interrelación de estas tres variables.
- C) Exploración física.- se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, confirmando los datos subjetivos, se utiliza cuatro técnicas específicas:
- 1) Inspección: Examen, mediante la observación cuidadosa y crítica.
 - 2) Palpación: Examen mediante el tacto y la sensación.
 - 3) Percusión: Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha.
 - 4) Auscultación: Examen mediante la escucha de un estetoscopio.

VALIDAR Y ORGANIZAR LOS DATOS:

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

REGISTRO DE DATOS:

- Debe realizarse con minuciosidad y exactitud para asegurar la disponibilidad de la información, ya que garantiza el demostrar el cumplimiento de las responsabilidades profesionales.
- Debe ofrecer información específica.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

Posteriormente se da inicio al análisis de datos obtenidos para identificar aquellos que nos manifiestan dependencia e independencia en el individuo y poder con ello estructurar los diagnósticos de enfermería.

II.-DIAGNÓSTICO:

CONCEPTO:

Es un juicio clínico establecido en función de las respuestas de un sujeto, familia o comunidad ante problemas de salud, reales o potenciales.1990 La NANDA, lo define como: Un informe que describe la respuesta real o potencial del paciente a un problema sanitario, y que la enfermera está autorizada y tiene la competencia para tratar:

- Permite atender al paciente en forma individualizada.
- Constituye la fase del plan de cuidado.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente.

DIMENSIONES:

Son tres dimensiones:

- 1) La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera, incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- 2) La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- 3) La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales de la salud.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

- Diagnóstico de Salud Real.- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables:
Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.
Consta de tres partes: Formato PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes (E) + Signos y síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Diagnóstico de Alto Riesgo (designado hasta 1992 como potencial).- Es el juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo:
Consta de dos componentes: Formato PE: Problema (P) + Etiología / factores contribuyentes (E).

- **Diagnóstico posible.-** Son enunciados que descubren un problema sospechando para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

Consta de dos componentes: Formato PE: Problema (P) + Etiología / factores contribuyentes (E).

- **Diagnóstico de bienestar.-** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Son enunciados de una parte, contienen sólo la denominación.
- **Diagnóstico de Síndrome.-** Comprende un grupo de diagnóstico de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

FASES DEL DIAGNÓSTICO:

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

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS:

1. Etiqueta Diagnóstica o nombre.- Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
2. Definición.- incluye una explicación concluyente del diagnóstico que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
3. Características definitorias.- Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puede indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.
4. Factores relacionados.- Son situaciones o condiciones ocasionales de la aparición del diagnóstico. Siendo descrito como relacionado con ... Cabe

añadir que cuando el diagnóstico es potencial, no existen características definitorias, y a los factores relacionados se le domina factores de riesgo.

TAXONOMIA DIAGNÓSTICA:

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

La taxonomía de NANDA, ha sido escogida por el hecho de ser una taxonomía compatible con el uso del modelo de Virginia Henderson, ya que es una de las taxonomías más conocida y por que su elaboración corresponde a un trabajo riguroso y científico.

DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- ❑ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “Causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa – efecto directa.
- ❑ La primera parte del diagnóstica identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ❑ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- ❑ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, si no basarse en datos.
- ❑ Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ❑ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- ❑ No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- ❑ No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- ❑ No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- ❑ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

VENTAJAS:

- Aumenta la eficacia de los cuidados de enfermería, debido a que los problemas son identificados oportunamente y por consiguiente el profesional de enfermería emprende los cuidados necesarios para resolverlos.
- Ayuda a que el profesional de enfermería se desvíe hacia campos de la práctica médica.
- Los diagnósticos de enfermería dan lugar a proporcionar cuidados coherentes, centrados en el paciente, persiguiendo un mismo objetivo de manera coordinada.

REGISTRO DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:

Los diagnósticos se ordenan en forma cronológica, se debe de registrar en primer lugar los diagnósticos de enfermería de mayor prioridad. Cada diagnóstico debe fecharse en el momento de su registro, junto con los cambios en el estado del paciente.

III.- PLANEACIÓN:

CONCEPTO:

Es una categoría de los comportamientos de enfermería, en la que se establecen prioridades, se determinan objetivos centrados en el paciente y las estrategias para lograr, se desarrollan los resultados esperados y se formula un plan de cuidados de enfermería.

ETAPAS:

A) Determinar prioridades (selección)

La importancia del diagnóstico se basa en :

1. Urgencia del problema.
2. Naturaleza del tratamiento.
3. Interacción entre diagnósticos.

B) Planteamiento de los objetivos del cliente con los resultados esperados: Las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos que permitan evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Tipos de objetivos tomando en cuenta el tiempo:

1. Objetivos a corto plazo.- son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días (máximo una semana)
2. Objetivos a medio plazo.- para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
3. Objetivos a largo plazo.- son los resultados que requieren de un tiempo largo (meses incluso años).

C) Elaboración de las actuaciones de enfermería.-

Tipo de intervenciones:

- Independientes (actividades dirigidas a la Respuesta humana)
- Interdependientes (colaboración con el equipo de salud)
- Dependientes (actuaciones médicas)

D) Redactar el plan de cuidados de enfermería:

El plan de cuidados es el resultado de la planificación. Es una norma escrita que organiza la información.

IV.- EJECUCIÓN:

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Constituye el proceso de llevar a cabo el plan de cuidados donde la enfermera, el cliente o la familia llevan a cabo las actividades planificadas.

Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria por el cliente, o por su familia.

FASES:

1 era. Fase de preparación.- en esta se exige que el profesional de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención, lo cual asegura la eficacia para lo cual se debe:

- Analizar el plan.
- Organizar los recursos.
- Prever las complicaciones.

- Analizar los conocimientos y las destrezas.

2ª. Fase: intervención o ejecución. Este es el eje principal del Proceso de Atención de Enfermería. Una vez completado los pasos de la preparación se elige la “categoría de intervención” necesarias para que se logren los objetivos y que cada diagnóstico se resuelva.

3era. Fase: Documentación, en la cual se anotan en el plan de cuidados las actividades hechas o no, especificando por que no lo hemos hecho: fecha, turno, firma.

V.-EVALUACIÓN:

La evaluación, como última fase del Proceso Atención de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta de la persona a la acción planificada. Se considera la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondientes han sido correctos.

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

FASES DE LA EVALUACIÓN:

1. Identificar los criterios de evaluación:
2. Recoger:
3. Emitir un juicio sobre el logro de los objetivos después de recopilar datos y compararlos con los resultados la enfermera emite un juicio.
4. Revisar el plan de cuidados;
 - a) Si se resolvió el diagnóstico, se cancela el diagnóstico con forme a las normas del registro.
 - b) Si no se resolvió el diagnóstico continuar con las actividades o revisar tiempo.
 - c) Si no se logra el Objetivo:
 - Reactivar la “secuencia” (proceso de Enfermería)
 - Reevaluar

- Modificar o añadir
- Diagnóstico, objetivo, resultados esperados, actuaciones según necesidades.⁷

4.6.- CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una Teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que ha ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que debería hacer la enfermera que no pudieran hacer otros profesionales de la salud

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería por la ausencia de un modelo de enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada estaba interesada en estos temas.

Apartir de la revisión de la bibliografía existen en aquellos años de enfermería se dio cuenta de que los libros pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer principios y la práctica de la profesión

La cristalización de sus ideas se logra recopilar en la publicación de 1956 en el libro “The Nature of Nursing” en el que se define a la enfermera así:

“ La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

⁷ Dueñas Fuentes José Raúl. “ El Proceso de Atención de Enfermería”

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

1. PERSONA

Necesidades Básicas

2. SALUD

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados Básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4 ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales

1. PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, como un ser humano único y complejo de componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar los peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas

- Necesidad de aprendizaje

2. LA SALUD. Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

INDEPENDENCIA, se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA, se considera la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o que realiza actividades que no resultan adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

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

3. ROL PROFESIONAL, CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO

DE SALUD.- Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que, lleva a cabo la enfermera en el cuidado de su función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia. Como dice Henderson “Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en la que es dueña de la situación.”

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella.

4. ENTORNO-

Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster’s New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como “El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.”

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

El modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del Proceso de Atención. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía para la recolección de datos, el análisis y síntesis de los mismos.

En esta etapa se determinara:

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

En la etapa de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección de modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, siempre que sea posible, en su propio cuidado. Esto significa determinar el

modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades lo más rápido posible.

Esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, si no que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias necesidades y recursos.⁸

⁸Fernández Ferrin Carmen, Et Al. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”, Edit. Masson- Salvat, Barcelona, 1995.pp.213-220

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Juana R.H. Edad: 58 años Peso: 72 Kgrs. Talla: 1.49 mts.
Fecha de Nacimiento: 23 de Julio de 1948 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: 3ero. De Primaria Fecha de Valoración: 18 de Agosto de 2006
Lugar de la Entrevista: domicilio particular Fuente de información: Interrogatorio
Miembro de la familia / persona significativa: madre de familia y esposa

PRESENTACIÓN DEL CASO

La Señora Juana tiene 58 años de edad, es originaria de San Andrés Zautla, Etlá Oaxaca, desde hace 51 años vive en el Distrito Federal, tiene 43 años de casada su esposo tiene 64 años, se casaron solo por la Iglesia en Oaxaca y decidieron radicar en el Distrito Federal.

Vivían en un edificio en el cual su esposo trabajaba de conserje y ella realizaba la limpieza de las oficinas, lugar donde permanecieron 22 años y no tuvieron jubilación alguna.

Procrearon 6 hijos, el primero masculino el cual falleció a los 8/12 de Bronconeumonía, sarampión y tosferina, le continúan cinco mujeres, la mayor de 38 años casada, de 36 años soltera, de 33 años casada, de 25 y 19 años ambas solteras

La señora Juana y su esposo actualmente se dedican al hogar y viven con sus hijas solteras. La casa donde viven es propia se encuentra ubicada en la delegación Iztapalapa, cuenta con todos los servicios intra domiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono) se encuentran las habitaciones bien iluminadas y ventiladas, en adecuadas condiciones higiénicas. No tienen animales domésticos. Los servicios de salud con los que cuenta le corresponde la Clínica de Medicina Familiar I de Iztapalapa del ISSSTE

Actualmente la Señora Juana se sabe Diabética desde hace un año, lo que le origina inseguridad para enfrentar la situación debido a una falta de conocimiento en cuanto a su enfermedad y tratamiento a seguir, controlándose con hipoglucemiantes orales, hace 6 meses presentó derrame en ojo derecho motivo por lo cual acude al médico y le detectan hipertensión arterial de

150/110 mmHg, el cual le indico colocarse parche compresivo en el ojo afectado por 24 horas, reposo, tranquilidad y antihipertensivos (amlodipino), esto le a ocasionado aun mas inseguridad con referente a sus cuidados que debe de tener.

Niega antecedentes quirúrgicos y transfuncionales

Refiere ser alérgica al salbutamol. No recuerda si tiene esquema de vacunación completa. Niega el fumar e ingerir bebidas alcohólicas

Como antecedentes heredo familiares encontré que: Es la 3era de 6 hermanos, su padre finado a los 50 años sin saber la causa, era fumador e ingería bebidas alcohólicas

Su madre vive actualmente, pero desconoce si tiene alguna enfermedad.

De las 6 hermanas, dos fallecieron, la primera mujer a los 3 años de edad de viruela (epidemia), el niño al año y medio de vida, falleció por falta de atención médica (fiebre) y posteriormente le siguen tres medias hermanas de las cuales desconoce si se encuentran con algún problema de salud

Su dinámica familiar no tiene contacto ya que ellas radican en Oaxaca,

La comunicación con su esposo e hijas es cordial y cariñosa, así como con sus hijas casadas. Le gusta bordar, pintar en tela y ver la tele, lo cual lo realiza en sus tiempos libre.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

N°.	Necesidad	Grado de Dependencia	Datos Objetivos /Subjetivos	Fuente de dificultad	Diagnóstico de Enfermería
1	Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	D = P.D = I = X		F = C = V =	
2	Necesidad de descanso y sueño	D = P.D = I = X		F = C = V =	
3	Necesidad de termorregulación	D = P.D = I = X		F = C = V =	
4	Necesidad de evitar peligros	D = P.D = I = X		F = C = V =	
5	Necesidad de comunicación	D = P.D = I = X		F = C = V =	
6	Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores	D = P.D = I = X		F = C = V =	
7	Necesidad de trabajar y realizarse	D = P.D = I = X		F = C = V =	
8	Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	D = P.D = I = X		F = C = V =	
9	Necesidad de oxigenación	D = P.D = X I =	Ocasionalmente presenta disnea Al esfuerzo	F = C = X V =	Riesgo de alteración del patrón respiratorio relacionado con sobre peso corporal, talla de 1.49 mts-un peso de 72 Kg. y falta de actividad física .
10	Necesidad de nutrición e hidratación	D = X P.D = I =	Falta de 2 pzas dentarias y presenta caries.	F = C = X V =	Deterioro de la dentición relacionado con la higiene oral ineficaz manifestado por presencia de caries en piezas dentarias y falta de las mismas
		D = X P.D =	Realiza solo 2 comidas rica en H.C y azúcares, pobre en fibra.	F = C = X	Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo de hidratos de carbono y azúcares manifestado por peso corporal superior en un 14 % al ideal de

		I =		V =	acuerdo a la talla y constitución física.
11	Necesidad de eliminación	D = X P.D = I =	Frecuentemente presenta estreñimiento, uso de laxantes naturales e ingiere pocos líquidos	F = C = X V =	Estreñimiento relacionado con deficiencia en la ingesta de líquidos y fibra manifestado por presencia de heces de consistencia dura.
12	Necesidad de moverse y mantener buena postura	D = X P.D = I =	Ocasionalmente presenta disnea al subir y bajar escaleras, así como ligero edema ++ en miembros inferiores	F = C = X V =	Perfusión tisular periférica inefectiva relacionado con la falta de circulación manifestado por edema (++) de extremidades inferiores
13	Necesidad de higiene y protección de la piel	D = X P.D = I =	Se encuentra la piel poco elástica, semihidratada en codos y miembros inferiores	F = C = X V =	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteraciones tisular manifestado por piel seca, poco elástica en codos y miembros inferiores
14	Necesidad de aprendizaje	D = X P.D = I =	No tiene conocimiento referente a su padecimiento para su autocuidado en forma general.	F = C = X V =	Déficit de conocimiento relacionado con hábitos dietéticos y su padecimiento manifestado por desconocer que tipos de alimentos ingerir, inseguridad para llevar a cabo los cuidados que debe de tener para mantener su glicemia dentro de valores normales

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

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio

Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normal, piel y mucosas de coloración rosada

Peso: 72 Kg. Talla: 1.49 mts. F.C: 88x', F.R:22x", T/A: 140/90 mmHg

Temperatura de 36.7 ° C axilar.

Datos que manifiestan dependencia:

Ocasionalmente presenta disnea cuando sube escaleras y el caminar largas distancias, ya que presenta un sobre peso del 14% de acuerdo a su estatura, pesa 72 Kg. y mide 1.49 mts.

En los pies presenta resequedad y edema (++) principalmente vespertina

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de alteración del patrón respiratorio relacionado con sobre peso corporal, talla de 1.49 mts-un peso de 72 Kg. y falta de actividad física .

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

La Sra. Juana participara para evitar alteración en el patrón respiratorio, a través de la reducción de peso de 1 a 2 Kg. en los próximos dos meses, por medio de un plan dietético y un plan de actividad física que realizará diariamente.

Intervenciones de Enfermería:

- Diseñar un plan dietético de 1500 Kcal. para diabético e hipertenso (ver anexo 2)
- Realizar toma de peso corporal en ayunas, tanto al inicio del plan como de forma semanal.

- Se le proporciona tabla del valor calórico de los alimentos, lo que le permitirá realizar sustituciones entre los diferentes grupos de alimentos, pero respetando la cantidad de calorías que debe consumir diariamente (ver anexo 3)
- Concienciar a la Sra. Juana sobre la importancia de llevar a cabo el Plan dietético propuesto para mejorar su patrón respiratorio
- Realizar ejercicios de caminata al aire libre de 30 a 60 minutos 4 veces a la semana, teniendo la precaución de que si lo realiza por la mañana deberá haber ingerido algún alimento unas 2 horas antes de realizarlo, para evitar se presente hipoglicemia, además de que deberá llevar consigo alguna bebida dulce o un caramelo para ingerirlo en caso de presentar hipoglicemia durante la realización del ejercicio
- Ejercicios respiratorios al aire libre 5 repeticiones: inhalar respirando profundo por la nariz hasta expandir completamente por la boca, descansar 15 segundos y repetir.
- Realizar ejercicios que mejoren la circulación periférica a través de la elevación de miembros inferiores por espacio de 15 a 30 minutos por las tardes diariamente.
- Evitar asistir a lugares muy cerrados en donde este permitido fumar, para evitar inhalar el humo del cigarro.

EVALUACIÓN:

La Sra. Juana tuvo una reducción de 1 Kg. por mes de su peso corporal, mejorando así su patrón respiratorio, ya que cuando sale a caminar ya se fatiga menos, además de que realiza diariamente los ejercicios recomendados.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

No presenta intolerancia a ningún alimento

Datos que manifiestan dependencia:

Falta de 2 piezas dentarias y presencia de caries en algunas piezas dentarias

Realiza solo 2 comida al día

- Desayuno alta en hidratos de carbono
- Comida: hay poca variedad de alimentos, baja en cantidad de frutas y verduras; alta en hidratos de carbono
- Cena: cuando lo realiza es rica en hidratos de carbono y pobre en proteínas

Ingiere una dieta alta en hidratos de carbono y azúcares y pobre en fibra

El día de su valoración su glicemia en ayunas fue de 180 mg/dl

Tiene baja ingesta de líquidos (1 litro al día)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA No.1

Deterioro de la dentición relacionado con la higiene oral ineficaz manifestado por presencia de caries en piezas dentarias y falta de las mismas.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

Durante el próximo mes. La Sra. Juana asistirá a consulta dental para limpieza bucal y colocación de piezas dentales faltantes

Intervención de Enfermería:

- Concienciar a la Sra. Juana sobre la importancia de acudir al Dentista en forma periódica
- Orientarlo acerca del tipo de alimentos que le puedan asegurar el consumo de una dieta balanceada (ver anexo 3)
- La Sra. Juana deberá realizarse el aseo bucal diariamente
- Cepillar minuciosamente las placas removibles que le colocaran usando algún antiséptico.

- Si come en la calle deberá llevar consigo un antiséptico bucal, para realizar el enjuague y posteriormente en su casa el aseo completo.

EVALUACIÓN:

La Sra. Juana asistió a consulta dental, realizándole limpieza total de las piezas dentarias, así como la colocación de piezas dentarias en forma movibles y fue citada en dos meses para valoración del mismo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA No.2:

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo de hidratos de carbono y azúcares manifestado por peso corporal superior en un 14 % al ideal de acuerdo a la talla y constitución física.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

La Sra. Juana lograr disminuir de 1 a 2 Kg. por mes de su peso corporal, por medio de un Plan dietética bajo en hidratos de carbono y azúcares.

Intervención de Enfermería:

- Solicitarle a la Sra. Juana que durante 3 días anote cuales son los alimentos que ingiere durante el día, así como el horario de sus comidas.
- Elaborar un Plan dietético de 1500 Kcal. para Diabético e hipertenso dividido en 5 partes, tomando en cuenta las preferencias y costumbres de ella, pero bajo en hidratos de carbono y azucares. (ver anexo2)
- Orientar sobre la importancia de que ingiera sus alimentos a las horas propuestas, no saltándose ni alterando los horarios.
- Disminuir el consumo de hidratos de carbono (pan, sopas de pasta)
- Disminuir el consumo de sal y alimentos ricos en ello.
- Proporcionar recetas de menús de fácil elaboración que la Sra. Juana pueda preparar
- Concientizarla de la importancia que tiene el que ella prepara sus alimentos

- Llevar un control y registro del peso de forma semanal
- Aumentar el consumo de frutas (permitidas) y verduras crudas(ver anexo 3)

EVALUACIÓN

Se logro que en un mes disminuyera 1 Kg. y redujo el consumo de hidratos de carbono, así como de alimentos ricos en sodio.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

La eliminación vesical la realiza 4 o 5 veces al día, y 2 ó 3 veces por las noches

La eliminación intestinal la realiza una vez al día por la mañana

Su transpiración es normal

Datos que manifiestan dependencia:

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

Su dieta diaria es pobre en fibra y líquidos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

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

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

En un mes la Sra. Juana mejorará su patrón de eliminación intestinal

Intervención de Enfermería:

- Motivar a la Sra. Juana a que por la mañana realice ejercicios como la caminata por espacio de 15 minutos, para mejorar la motilidad intestinal.
- Informarle la importancia de que consuma diariamente alimentos ricos en fibra (frutas y verduras).
- Concientizarlo sobre la importancia de que aumente el consumo de líquidos a 2 litros por día

EVALUACIÓN:

Se valoró al mes, logrando mejorar su patrón de eliminación

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

(Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Tiene una movilización normal para su edad

Datos que manifiestan dependencia:

Ocasionalmente presenta disnea cuando sube escaleras y al caminar largas distancias y por las tardes presenta ligero edema (++) de extremidades inferiores, sobre todo si permanece mucho tiempo sentada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Perfusión tisular periférica inefectiva relacionado con la falta de circulación manifestado por edema (++) de extremidades inferiores

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

La Sra. Juana logrará disminuir el edema de miembros inferiores mejorando la circulación periférica

Intervención de Enfermería

- Realizar ejercicios que mejoren la circulación periférica a través de la elevación de miembros inferiores por espacio de 15 a 30 minutos por las tardes diariamente.
- Disminuir el consumo de sal durante la preparación de sus alimentos, así como evitar los alimentos ricos en sal
- Colocación de medias de mediana compresión, lo que favorecerá la circulación periférica

EVALUACIÓN:

La Sra. Juana logro mejorar la circulación periférica realizando las acciones sugeridas lo cual logro disminuir el edema de miembros inferiores.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

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

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de se valoración no se observaron

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

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

Por la tarde duerme una siesta de una hora entre las 4 y la 5 pm.

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

Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se encontraron

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

La casa donde habita se encuentra bien ventilada, en general es fresco, pero no tiene corrientes de aire. Su temperatura corporal es normal 36.7° C axilar. Presenta transpiración normal.

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

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

Su aseo bucal lo realiza tres veces al día

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

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

No presenta sudoración excesiva ni halitosis

Datos que manifiestan dependencia:

Se encuentra la piel poco elásticas y semihidratada en codos y miembros inferiores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteraciones tisular manifestado por piel seca, poco elástica en codos y miembros inferiores

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

La Sra. Juana mejorará la turgencia de la piel hidratándola después del baño

Intervención de Enfermería:

- La Sra. Juana realizara la higiene diaria e hidratación de los codos y miembros inferiores, utilizando agua tibia, jabón neutro y crema o aceite de almendras dulces.
- Realizara el secado de espacios interdigitales
- Se realizará la prevención de lesiones en pies, recomendándole el uso de zapato especial para diabéticos
- Los calcetines que use no deberán hacerle demasiada presión(ligarle), usando d preferencia media de mediana compresión
- Evitar el uso de prendas apretadas
- Se recomendó que por las tardes realice la elevación de las extremidades inferiores, ya que eso mejorará el retorno venoso y disminuirá el edema

EVALUACIÓN

Se valoró al mes la turgencia de la piel encontrándose más lubricada principalmente en los miembros inferiores, sin edema y portaba medias de mediana compresión.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se encuentra conciente y orientada en tiempo y espacio

Su casa donde habita cuenta con protecciones en ventanas y el piso esta con material antideslizante.

Cuenta con teléfonos de emergencia

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se expresa con claridad y fluidez. Tiene adecuada capacidad auditiva. Tiene buen sentido del olfato

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES:

(Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Toda la familia incluyéndose ella es católica, asiste a misa los domingos por la mañana, se siente satisfecha con su trayectoria de vida

Los principales valores que se han transmitido en la familia es el respeto, la solidaridad, colaboración, responsabilidad y unión familia.

Lleva una relación cordial con su esposo e hijas

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se siente satisfecha de las actividades que realiza, se encuentra tranquila y de buen humor.

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

(Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

Se define como hogareña, le gusta bordar y pintar en tela, ve poco la televisión así como acude a eventos donde pueda realizar alguna otra manualidad al cual acude con sus hijas

Datos que manifiestan dependencia:

En el momento de la valoración no se encontraron datos que manifiestan dependencia

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: (Ver Anexo No.1)

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia:

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

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

Datos que manifiestan dependencia:

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

No tiene conocimiento acerca de su padecimiento Médico (diabetes) y las complicaciones de dicha enfermedad lo que le genera inseguridad hacia su cuidado integral

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de conocimiento relacionado con hábitos dietéticos y su padecimiento manifestado por desconocer que tipos de alimentos ingerir, inseguridad para llevar a cabo los cuidados que debe de tener para mantener su glicemia dentro de valores normales

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Objetivo:

La Sra. Juana comprenderá que tipo de alimentos ingerir para mejorar sus hábitos dietéticos e incrementar sus conocimientos acerca se cómo controlar la diabetes y los cuidados a seguir para evitar complicaciones

Intervención de Enfermería:

- Se le proporcionaran artículos de revista y libros sobre diabetes y sus complicaciones y medidas de control de la hiperglicemia y cuales son los signos y síntomas de la hipoglicemia
- Se le recomendarán la lectura de libros y revistas acerca de su padecimiento
- Concientizarla de la importancia de que asista a consulta de forma periódica para que lleve un adecuado control médico
- Se le animara a que diariamente realice algún menú para diabético utilizando la tabla de alimentos y sus equivalentes como guía, con el fin de que se familiarice en su uso.

EVALUACIÓN

La Sra. Juana ha mejorado sus hábitos dietéticos, aprendió que alimentos debe comer para mantener en niveles normales su glucosa y las complicaciones que pueden presentarse si no sigue un plan dietético adecuado.

VI.- CONCLUSIONES

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

Aplique el Proceso a una persona de 58 años, adulta con mantenimiento inefectivo de la Salud, en la cual existía un afrontamiento ineficaz debido al desconocimiento lo que le originaba inseguridad hacia su cuidado integral y quien se sabe diabética desde hace una año e hipertensa hace seis meses, la cual no realizaba ejercicio alguno, por que considero que el éxito en el tratamiento de la Diabetes e Hipertensión arterial, (padecimiento que tiene esta persona desde hace un año), debe estar enfocado principalmente en la dieta, el ejercicio y en los medicamentos. Una persona que ingiere una dieta con suficientes nutrientes y el aporte calórico que requiere de acuerdo a su edad, será una persona más sana, ocurriendo lo mismo con el ejercicio, una persona que se mantiene activa, tendrá una mejor calidad de vida, y mejorará su rendimiento y movilidad a nivel músculo esquelético en comparación con las personas que no realizan ninguna actividad física.

Siendo que la Diabetes y la hipertensión arterial no se curan, tan solo se controlan, por lo cual resulta de vital importancia el implemento a la vida diaria de la persona un plan dietético y un plan de ejercicios individualizados, de acuerdo a su edad, peso y actividad física que realice.

Si la persona lleva acabo las actividades que se le han sugerido y modifica sus hábitos, podrá recobrar la salud y ser independiente, ya que estos cambios, los adoptará como un estilo de vida, pudiendo a su vez ser transmisor de los conocimientos adquiridos a su familia. La aplicación del Proceso Atención de

Enfermería nos permite que tanto la persona como su familia formen parte activa en las intervenciones y cuidados, ya sea para recuperar o mantener la salud.

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

VII.- SUGERENCIAS

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

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

Consideró necesario que al personal se le de la información sobre el Proceso a través de cursos impartidos en las unidades hospitalarias.

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

Por lo cual considero que los profesionales de la salud salgamos del ámbito hospitalario y se le de más importancia el trabajar en la comunidad, aplicando el Proceso Atención de Enfermería, ya que si se actúa dentro de un primer nivel de atención, estaríamos contribuyendo a que los gastos de salud disminuyan considerablemente, ya que estaríamos evitando que la población llegue a un segundo y / o tercer nivel de atención, en el cual las complicaciones son mayores y el gasto también se incrementa.

VIII.-GLOSARIO

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

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

HIPERGLUCEMIA.- exceso de azúcar en la sangre, por arriba de las cifras normales (+ 110 mg/dl).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- persistente elevación de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg. En personas menores de 50 años, y por encima de 160/95 mmHg en personas mayores de 50 años.

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

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

NANDA .- North American Nursing Diagnosis

NECESIDADES FUNDAMENTALES.- es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

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

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2a. Edición. Edit. Doyma, Barcelona, 1995.

Donahue, M Patricia. Historia de la Enfermería, Tr. María Picazo, Ed. Doyma, Barcelona, 1998

Dueñas Fuentes José Raúl. El Proceso de Atención de Enfermería,

Fernández Ferrin C. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos, ediciones científicas y Técnicas, México, 1993.

Fernández Ferrin Carmen, Et Al. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995.pp.213-220

Hinchliff, Susan M. Et al, Enfoques del cuidado de Enfermería en Enfermería y cuidados de salud, Doyma Barcelona, 1993

Kozier, Bárbara, Et al. Introducción a la Enfermería en Enfermería Fundamental I, Tr. Carlos J. Bermejo, 4a.Edición, Edit. Interamericana Mc Graw- Hill, Madrid 1993.pp.2-22

L. J Carpenito Planes de Cuidados y documentación en enfermería. Edit. Interamericana Mc GRAW-HILL, España1994.

Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería, cap.9, 4a. Edición, Edit. Mosby, España, 1999.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005 - 2006.Edit. Elsevier España, S.A., Madrid España, 2005

X.- ANEXOS

ANEXO No. 1

INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Juana R.H. Edad: 58 años Peso: 72 Kgrs. Talla: 1.49 mts.
Fecha de Nacimiento: 23 de Julio de 1948 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: 3ero. De Primaria Fecha de Valoración: 18 de Agosto de 2006
Lugar de la Entrevista: Domicilio particular Fuente de información: Interrogatorio
Miembro de la familia / persona significativa: madre de familia y esposa

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

⇒ NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Subjetivo:

Refiere que hace aproximadamente una año se cansaba al subir y bajar escaleras, el caminar largas distancias.

Presenta un sobre peso del 14 % aproximadamente de acuerdo a su talla.

No refiere presentar tos, ni dolor a la respiración.

Es poco frecuente que se enferme de las vías respiratorias

Objetivo:

Se encuentra conciente y orientada en sus tres esferas: tiempo, lugar y espacio.

Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales.

Coloración de piel ungueales / peribucal: sonrosado

Circulación de retorno venoso: De 1-2"

Presenta un sobre peso del 14 %

Peso: 72 Kgrs Talla: 1.49mts F.C:88x' F.R:22x T/A:140/90mmHg Temp.: 36.7 C

Glucosa en ayunas de 180 mg/dl con glucómetro

En los pies se ve la piel reseca, además de que por las tardes presenta edema

(++)

⇒ **NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:**

Subjetivo:

Refiere no ser alérgica, ni presentar intolerancia a ningún alimento

Realiza dos comidas al día

Su dieta consiste de la siguiente manera:

Desayuno: 11:00 – 12:00 de la mañana

1 taza de leche con café con 1 ½ de azúcar

1 ó 2 piezas de pan de dulce

1 pieza de pan blanco

1 plato de frijoles

2 piezas de huevo

2 piezas de tortillas

Comida: 16:00 – 17:00 hrs.

1 plato mediano de sopa de pasta o arroz

1 plato grande de guisado(carne de puerco, res, pollo)

1 plato de frijoles

6 – 7 tortillas

1 vaso de agua

2 ó 3 refrescos (cola)

1 postre

Cena: 22:00 – 23: 00 has

Por lo regular no lo realizaba

Cuando cenaba consistía en:

1 taza de café con 2 cucharadas de azúcar

2 piezas de pan dulce

Objetivo:

Turgencia de la piel: semihidratada

Mucosas orales: hidratadas

Características de uñas / cabello: uñas cortas y limpias, cabello limpio, brillosos y peinado.

No cuenta con toda su dentadura, le faltan 2 piezas dentarias, no presenta halitosis, las encías se encuentran en buen estado general.

Tiene un sobre peso del 14 %, pesa 72 Kg. y mide 1.49 mts.

⇒ **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:**

Subjetivo:

Refiere que su eliminación vesical la realiza 4 veces durante el día y 2 ó 3 veces por las noches

La eliminación intestinal la realiza una vez al día solo por las mañanas

Refiere que anteriormente presentaba estreñimiento, teniendo que recurrir a laxantes naturales como papaya, ciruela pasa

Refiere que hace 5 años dejó de menstruar, así como le diagnosticaron hernia umbilical hace 20 años.

Objetivo

Se palpa abdomen blando, depresible con presencia de hernia umbilical sin dolor durante la exploración y peristalsis presente

⇒ **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:**

Subjetivo:

Refiere que se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, agradándole más los lugares calurosos.

Refiere que no realiza ejercicios

Objetivo:

Condiciones del entorno físico: favorable, su hogar cuenta con todos los servicios públicos.

Presenta transpiración normal.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evita peligros

⇒ **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:**

Subjetivo:

Ella sola se baña y se viste, refiere no presentar molestia al movimiento y cambios de posición

Las actividades que realiza en sus tiempos libres siendo estos por las tardes es el bordar y el pintar en tela

Refiere que descansa por las tardes una hora entre las 16:00 y 17:00 horas, a veces diario.

Objetivo:

Durante la exploración física presenta buen tono y fuerza muscular, no presenta dolor ni temblores.

Estado de conciencia, conciente orientada en sus tres esferas.

Estado emocional nerviosa e inquieta.

⇒ **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:**

Subjetivo:

Duerme en promedio de 7 – 8 horas por la noche, refiere que su sueño es tranquilo y aun que se despierta varias veces en la noche no se le dificulta volver a conciliar el sueño

Por la tarde duerme una siesta de una hora entre las 16:00 – 17:00 hrs

Refiere que se siente descansada cuando despierta

Objetivo:

Su atención y concentración son adecuadas, no presenta ojeras

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

La habitación es limpia y ventilada, la ropa de cama se encuentra limpia

⇒ **NECESIDAD DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:**

Subjetivo.

Refiere escoger su ropa de acuerdo al clima, le gusta andar cómoda y limpia

Ella escoge la ropa que se pondrá por día

Objetivo:

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

⇒ **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:**

Subjetivo:

Refiere bañarse diario con cambio de ropa interior y exterior

Aseo bucal tres veces al día, utiliza pasta dental (sensodine) ya que es especial para encías sensibles

Su aspecto es limpio

Para el cuidado de uñas de pies y manos lo realiza ella misma

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

Objetivo:

Presenta piel limpia poco elástica, semireseca, cuero cabelludo se encuentra en buenas condiciones de higiene, piel integra

No presenta sudoración excesiva, ni halitosis

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

⇒ **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:**

Subjetivo:

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

Objetivo

Se encuentra conciente y orientada en tiempo y espacio

Las ventanas de su casa se encuentran con protección para evitar accidentes (barrotes)

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE :

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

⇒ **NECESIDAD DE COMUNICARSE:**

Subjetivo:

Es casada desde hace 43 años, vive con su esposo y tres hijas solteras

Dependen económicamente de solo una de las hijas ya que las otras dos siguen estudiando

En el Rol familiar es esposa y madre de familia

Objetivo:

Su lenguaje es claro y coherente, tiene buena capacidad auditiva, utiliza lentes oscuros únicamente para protegerse del sol

Se encuentra orientada en tiempo y espacio

Su sentido del olfato es adecuado

⇒ **NECESIDAD SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:**

Subjetivo:

Toda la familia incluyéndose ella es católica, asiste a misa los domingos por la mañana, por lo regular se va sola, ocasionalmente le acompañan sus hijas

Se siente satisfecha con su trayectoria de vida

Los principales valores que se han transmitido en la familia es el respeto, la solidaridad, colaboración, responsabilidad y unión familiar

Objetivo:

Lleva una relación cordial con su esposo e hijas

Tiene en casa imágenes religiosas, así como la Biblia todo en un altar

Ella porta una imagen religiosa}

⇒ **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:**

Subjetivo:

Refiere que ha trabajado realizando limpieza en oficinas y las labores propias del hogar, actualmente solo se dedica al hogar

Se siente satisfecha de las actividades que realiza ya que en ocasiones sus hijas le ayudan

Objetivo:

Se observa calmada, tranquila y de buen humor durante la entrevista

⇒ **NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

Subjetivo:

Refiere ser hogareña, le gusta oír la música principalmente de Oaxaca, le gusta ver la televisión solo por la tarde, los reportajes de cocina y ocasionalmente las novelas

No forma parte de ningún club

Asiste a parque ocasionalmente con la familia

Cada año acude a la presentación de la Guelaguetza principalmente cuando se presenta en la Delegación Benito Juárez va acompañada de sus hijas y en ocasiones la acompaña su esposo

Objetivo:

Presenta integridad del sistema neuromuscular

Se observa tranquila y cooperadora

No muestra interés en participar en algún club

Se observa contenta y feliz el estar o pasar el mayor tiempo con sus hijas

⇒ **NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

Subjetivo:

Refiere desconocimiento relacionado a su enfermedad y muestra interés en cuanto a su cuidado en general para evitar el tener que llegar a ser internada, ya que no sabría como enfrentar la situación lo cual le genera inseguridad hacia su cuidado integral

Curso hasta el 3er año de primaria.

Objetivo:

Se encuentra orientada en tiempo y espacio, su capacidad auditiva es normal , su sentidos del olfato esta bien conservado y su campo visual acorde a su edad.

ANEXO No. 2
PLAN DIETÉTICO
PARA DIABÉTICO DE 1500 Kcal.

Edad: 58 años. Peso: 72 Kg. Talla. 1.49 mts.
 Glicemia: 180mg/dl (con glucómetro en ayunas).

DESAYUNO

ALIMENTO	PORCION	MENU	CANTIDAD
Fruta	3 raciones	*jugo o fruta	1 ½ vaso variable
Carne	1/3 ración	bistec	Pequeño (30 grs)
Grasa	2 raciones	*recomendada	2 cucharaditas
Lecha	1 ración	descremada	1 vaso (1/2 litro)
Café	Al gusto	Soluble o de grano	Al gusto
Pan o tortilla	1 ración	*pan (no dulce) tortilla de maíz	1 pieza

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

COMIDA

ALIMENTO	PORCION	MENU	CANTIDAD
Consomé	1 ración	Desgrasado de pollo, res o pescado	1 taza
Verduras del grupo I	Al gusto	* Lechuga	Al gusto (libre)
Verduras del grupo II	1 ración	* Zanahoria	1 taza
Carne	1 ración	bistec	Grande(100 gr)
Grasa	2 raciones	* Recomendada	2 cucharaditas
Pan o tortilla	2 raciones	* Tortilla de maíz,	2 piezas
Fruta	3 raciones	* Melón picado	1 ½ vasos.

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

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

CENA

ALIMENTO	PORCION	MENU	CANTIDAD
Fruta	2 raciones	Piña	2 rebanadas delgadas
Carne	1/3 ración	bistec	Pequeño (30 grs.)
Grasa	2 raciones	*recomendada	2 cucharaditas
Pan o tortilla	2 raciones	* Pan integral (con 1 cucharadita de mermelada Light o tortilla de maíz)	2 piezas
Leche	½ ración	Descremada	125 ml.

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

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

Fuente: Laboratorio Abbott.

ANEXO No. 3
ALIMENTOS Y EQUIVALENTES

⇒ Recomendaciones generales:

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

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

SOPAS Y CEREALES COCIDOS
Sopa de arroz, sopa de pasta 5 cucharadas soperas o ½ taza
Avena, cebada, tapioca 5 cucharadas soperas o ½ taza
Frijoles, garbanzo, lentejas, habas. 4 cucharadas soperas.
Galletas maría, 4 piezas
Galletas saladas, 2 piezas

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

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

JUGOS	
Jugos	Medida
Jitomate	Al gusto
Naranja	½ vaso
Toronja	½ vaso
Zanahoria	1/3 de vaso

GRASA
5 gr. de grasa corresponden a:
<i>Grasas recomendadas:</i>
Una cucharadita de: Aceite de girasol Aceite de cártamo Aceite de maíz Otros aceites vegetales Margarina dietética Cacahuates grandes 11 piezas Aceitunas grandes 7 piezas.
<i>Grasas no aconsejables</i>
Una cucharadita de: Mantequilla Manteca de cerdo Margarina Una cucharadita de: Crema espesa Queso crema Tocino 1 rebanada chica

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

COMPLEMENTOS NO CALÓRICOS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agua mineral <input type="checkbox"/> Gelatina sin azúcar <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Canela <input type="checkbox"/> Endulzante artificial <input type="checkbox"/> Sal y pimienta <input type="checkbox"/> Vainilla <input type="checkbox"/> Condimentos en general <input type="checkbox"/> Salsas picantes <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Vinagre <input type="checkbox"/> Alimentos casi nulos en hidratos de carbono

CARNES

Por cada porción de carne usted puede escoger 100 grs. de los siguientes alimentos:

Es mejor que usted coma más veces del grupo I y II que de los demás grupos.

Grupo I

Pescado fresco todos,

Pescados enlatados: atún sin aceite, salmón sin aceite

Pescados secos: Charales, bacalao 50 grs.

Pollo, ternera, pavo

Requesón (Queso cottage).

Grupo II

Res, cordero, cerdo, jamón (todos sin gordo)

Grupo III

Ostiones*, mariscos, langosta**, jaiba***, camarones****. Queso en general** (amarillo, chihuahua, manchego, chester, etc).

Grupo IV

Huevos (3 piezas)****

Vísceras *****

Carnes frías *****

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

Fuente: Laboratorios Abbott

ANEXO No. 4

PLAN DE EJERCICIOS

⇒ EJERCICIOS DE MANOS

1.-Movimientos de dedos y manos:

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

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

3.- Con la mano semicerrada hacer movimientos de rotación alrededor de la muñeca como si se tratara de abrir o cerrar con la llave de una cerradura de puesta antigua (de agua grande, no de las llaves actuales, que seria un ejercicio valido para los dedos). Este ejercicio resulta practico para los movimientos de rotación de la muñeca.

⇒ EJERCICIOS DE CADERA Y PIERNAS

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

Realizar 5 repeticiones con cada pierna.

⇒ EJERCICIOS DE RODILLA

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

Ejercitando rodilla recostada:

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

Ejercitando rodilla sentada:

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

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

Fuente: Laboratorios Abbott.