



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PERSONA ADULTO MAYOR CON DESEQUILIBRIO
NUTRICIONAL POR EXCESO RELACIONADO CON LA FALTA DE
VOLUNTAD PARA SEGUIR UN REGIMEN ALIMENTICIO MANIFESTADO
POR APATIA E INDIFERENCIA PARA LLEVAR UNA DIETA EQUILIBRADA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

HILDA BERTHA MORALES CARRILLO

No. DE CUENTA 404118244

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. LETICIA SANDOVAL ALONSO

SEPTIEMBRE 2007

A DIOS:

DEDICATORIAS.

Por permitirme lograr todos mis
objetivos en la vida y por la vida
misma.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS HIJOS:

Por todo el apoyo que me han brindado durante mis aventuras de estudio, por ser mis amigos incondicionales, por su paciencia y cariño, por toda la ayuda para la realización de este trabajo y todos mis proyectos, mil gracias, los amo.

A MIS PADRES:

Por darme la oportunidad de vivir, ser unos padres ejemplares, por el apoyo que durante toda mi vida me han brindado.

A MIS AMIGOS:

Por que siempre me impulsaron a seguir adelante cuando me sentía desanimada para continuar con mis planes de estudio, por todo el apoyo que me dieron en los momentos difíciles.

A MI ASESORA:

Por su atención y dedicación mil gracias.

INDICE

INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGIA.....	7
1. MARCO TEORICO.....	8
1.1. Antecedentes de Enfermería.....	8
1.1.1. Concepto de Enfermería.....	9
1.2. Proceso Atención de enfermería.....	12
1.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	14
1.3.1. Valoración.....	14
1.3.2. Diagnostico de Enfermería.....	15
1.3.3. Planificación.....	15
1.3.4. Ejecución.....	16
1.3.5. Evaluación.....	17
1.4.- Modelo de Atención de Virginia Henderson.....	17
1.4.1. Persona.....	21
1.4.2. Salud.....	22
1.4.3. Entorno.....	23
1.4.4. Enfermería.....	24
2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA.....	25
2.1. Ficha de Identificación.....	25
2.2. Presentación del caso.....	26
2.3. Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de enfermería.....	27
3. CONCLUSIONES.....	42
4. SUGERENCIAS.....	44
5. BIBLIOGRAFIA.....	45
6.	
ANEXOS.....	46
6.1. Anexo 1.....	46
6.2. Anexo 2.....	55

INTRODUCCION

La Enfermería en la actualidad ocupa un lugar privilegiado dentro del campo de la salud ya que su labor no comprende solamente la atención del individuo enfermo, si no también se orienta de manera prioritaria al individuo sano.

Esta atención incluye diversas labores entre las que destacan aquellas encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal modo que se contribuyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida del paciente, el desempeño de enfermería abarca todos los niveles de la salud sin importar genero, edad, sexo ó practica religiosa.

Por tal motivo para brindar una atención integral capaz de ayudar a la persona a mejorar su estilo de vida, la enfermería actual se basa en el proceso enfermero el cual es un método científico que se utiliza para identificar problemas o alteraciones, a través del cual la enfermera se interesa por el cuidado de la persona y constituir así una estructura para que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad, tomando en cuenta que el Proceso Atención de Enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística, valorando todas las necesidades del individuo y su entorno , sus necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

Este proceso se desarrolla para satisfacer las necesidades básicas de una persona adulta y esta basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas, con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que no permitan satisfacer las mismas (falta de fuerza, voluntad o conocimiento)

En la metodología se describe la forma de cómo se llevo a cabo la elaboración de este trabajo.

En el marco teórico se describe la evolución que ha sufrido la Enfermería, así como su conceptualización, se define el proceso atención de enfermería describiendo cada una de las etapas que lo integran, exponiendo el modelo de atención de virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del metaparadigma de Enfermería según Virginia Henderson.

En la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se presenta la ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas, donde establecen los Diagnósticos de Enfermería en base a los editados por la NANDA.

En la segunda etapa de este proceso se desarrolla la planeación de las acciones

Por último se describen las conclusiones, las sugerencias, haciendo mención de los objetivos alcanzados y resultados obtenidos en la realización de este proceso así mismo la experiencia obtenida en la realización del mismo.

En la bibliografía se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo.

En los anexos se integra el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas en base al modelo de Virginia Henderson Guía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y un documento sobre Nutrición.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.
- Proporcionar atención personalizada al paciente, con calidad y calidez, con conocimientos científicos y de forma humanística.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar el Proceso Atención de Enfermería en una situación real, identificando necesidades para así poder ser abordadas en un enfoque holístico.
- Desarrollar un Proceso Atención de Enfermería que sirva como instrumento y requisito para presentar el examen profesional y así obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

METODOLOGIA.

El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual surgió la necesidad inicialmente de realizar una revisión bibliografica del modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

Posteriormente se solicitó asesoría de una docente de la ENEO la cual acepto fungir como asesora del trabajo, programando las asesorias pertinentes en la misma escuela y llevando a cabo revisiones vía correo electrónico en donde realizo revisiones y correcciones al trabajo.

Se obtuvo información en diferentes referencias bibliograficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este proceso para así llegar a su desarrollo y aplicación y así mismo desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Posteriormente se realizo la elección de la persona con la cual se realizará el proceso, aplicando la primera etapa del proceso que es la valoración en la cual se valorarán las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson a través de entrevista directa con la persona en su hogar, utilizando un instrumento para la recolección de datos (anexo 1) se tendrán planeadas 5 sesiones de una hora por las tardes, ya que es el horario mas accesible para la paciente.

Con base en los datos obtenidos se realizaron los Diagnósticos de Enfermería como recurso se utiliza la bibliografía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) así mismo se desarrollará la tercera etapa del proceso, llevando a cabo la planeación de las acciones de enfermería en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona, elaborando objetivos a seguir, posteriormente se llevo a cabo la ejecución de las acciones planeadas, evaluando los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa y observando los resultados y beneficios para la persona y realizando un informe verbal a la paciente.

1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes de Enfermería.

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a 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, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuara cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como Ciencia Legítima a partir de la década de los 70s en la que se logro la integración de la investigación de Enfermería en todos los programas colegiados de formación.

A partir de mediados del siglo XIX la Enfermería dio un gran giro con la aparición de las teóricas , la reforma llego de la mano de Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, luchó por la limpieza y la comodidad de los mismos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de los clientes, así mismo se tuvo una formación educativa elevando esta al estatus de profesión y que el pueblo aplicara medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación y no solamente la intuición y la dedicación. Florencia Nightingale dijo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873): “La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable... El honor radica en

el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla...”¹

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.

En la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la enfermería, las guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general de la enfermera, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones, las complejidades de la medicina.

En la segunda mitad del siglo XX, ha habido movimientos que han afectado los cuidados de salud y la enfermería como: El consumismo, le creciente concientización y exigencias del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, cambiar los modelos de trabajo-ocio, la lucha de los derechos civiles, el progreso de la salud pública, la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer.

La función que distingue a la enfermería es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir ya que son actividades que la persona puede llevar a cabo si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios².

Por tal motivo es función de la enfermera el desempeñar su labor de tal manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.

1.1.1. Definición de Enfermería según Virginia Henderson.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las

¹<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>.

² Fernández Ferrin Carmen. Novel Gloria. El Proceso Atención de Enfermería, p. 4

personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o compense las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. Enfermería es pues cuidar de la vida integral, respetando los derechos, sentimientos de la persona que cuida³. Siendo integral porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo, considerando todas sus necesidades.

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito de esta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.⁴

La Enfermería es el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover, mantener o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.⁵

Enfermería: Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.⁶

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo mas allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentados e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son: La persona, la salud, el cuidado y el entorno.

³ Cárdenas, Margarita (2000) Conceptualización de la Enfermería p.37.

⁴ (curso-taller) El Proceso atención de Enfermería. ENEO, p. 42.

⁵ Ibidem, p. 43.

⁶ Ibidem, p. 44.

- La persona: Se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral e indisociable, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, las cuales están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las practicas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades propias, así como sus capacidades y potencialidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- La Salud: Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.
- El Cuidado: Las propias acciones de enfermería individualizados, en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad⁷, teniendo diferentes connotaciones , cuidar de si mismo, cuidar de otros y con otros, los cuidados están orientados hacia la vida y vinculados hacia la necesidad de garantizar y mejorar la continuidad y calidad de vida.
- El Entorno: Mediante los procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse mas atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: Físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor

⁷ Cárdenas Jiménez Margarita. El Proceso de Enfermería Seminario-Taller, p.42

que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud- enfermedad.⁸

1.2. Proceso Atención de Enfermería:

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961), y Windenbach (1963), los cuales consideraron un modelo de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, planeación, realización y evaluación a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Características del Proceso Enfermero:

– **Es un método:**

Por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

– **Sistemático:**

Por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

⁸ Ibidem. p. 43.

– **Humanista:**

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

– **Intencionado:**

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

– **Dinámico:**

Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

– **Flexible:**

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

– **Interactivo:**

Por requerir de la interrelación Humano- Humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes⁹.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana¹⁰, dichas acciones para lograr objetivos son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una muerte tranquila.

⁹ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero, p. 29.

¹⁰ Ibidem, p. 31.

- Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Pensar en la enfermería y en cambiar la practica no es fácil , la habilidad normal de una persona para cuidar de si misma (autocuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad , estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas , ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de desiciones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso Atención de Enfermería nos proporciona ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo
- Promueve el crecimiento profesional
- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la practica
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación¹¹.

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su autocuidado
- Continuidad en su atención

1.3. Etapas del Proceso atención de Enfermería.

1.3.1.- Valoración:

¹¹ Cárdenas Jiménez Margarita. El Proceso de Enfermería, p. 68

Es la primera fase del Proceso atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta¹², son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.¹³

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con hechos reales y confiables
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.

1.3.2. Diagnostico de Enfermería:

Es la segunda fase del Proceso atención de Enfermería, en donde después de haber recopilado, examinado los datos y se han detectado problemas de salud o enfermedad llevando a cabo un razonamiento diagnostico llevándonos a realizar un juicio o conclusión acerca de los problemas identificados que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

¹² Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero, p. 32.

¹³ Fernández Ferrín Carmen, Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería, p. 9

1.3.3. Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, la planificación es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas a tratar debemos definir los objetivos encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, van a servir para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones, implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recolección de los datos.
- Planteamiento de los objetivos.
- Establecer actividades de enfermería y dar prioridades en los cuidados.
- Documentación y registro del plan de cuidados.

1.3.4. Ejecución:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados. La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar al paciente al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona así mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades:¹⁴

- Continuar con la recolección y valoración de los datos
- Confirmación diagnóstica

¹⁴ (seminario-taller) El Proceso atención de Enfermería. ENEO, p. 91.

- Realizar las actividades de Enfermería Planteadas
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería
- Mantener informado al paciente en forma verbal
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizado.

1.3.5. Evaluación:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las 4 etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias.

Según Henderson nos 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 nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo mas rápido posible¹⁵.

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de 2 partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

1.4.- Modelo de Atención de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, graduándose en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciándose como tal en 1922. Incorporando los principios fisiológicos y fisiopatológicos a su concepto de enfermería.

¹⁵ Fernández Ferrin Carmen, Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería, p. 10

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris Causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The Nature of Nursing" en términos funcionales: " La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila" que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y a realizarlo de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.

Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Elementos más importantes de su teoría:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, la 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y de 12ª a la 14ª relacionadas con la autorrealización

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento¹⁶.

Necesidades Humanas según Virginia Henderson:

- 1.- Necesidad de respirar con normalidad.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Necesidad de descansar y dormir.
- 6.- Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno.

¹⁶ Fernández Ferrin Carmen, Gloria Novel El Proceso Atención de Enfermería, p. 4

- 10.- Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Necesidad de ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: "Falta de fuerza", "Falta de conocimiento" o "Falta de voluntad". La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.¹⁷

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplican

¹⁷ Ibidem, p. 5.

a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel mas practico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

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

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos , una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento

1.4.1. Persona:

Individuo objeto de los cuidados, que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es un ser holístico.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia, con una serie de necesidades básicas para su supervivencia, cada persona en su

unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1.4.2. Salud:

Virginia henderson, considera la salud en terminas de habilidad de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los catorce componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independendencia, dependencia y causas de la dificultad ó problema.

– Independencia:

Capacidad de la persona para alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades básicas, por medio de acciones adecuadas para satisfacer las necesidades, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

– Dependencia:

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus catorce necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas. La independendencia se instala en el momento en que la persona debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.

Causas de dificultad o problema:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona responder de forma autónoma y son los factores responsables del problema de salud¹⁸.

- Falta de Fuerza: Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para

¹⁸ Ibidem, p. 7.

llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional , estado de la funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

- Falta de Conocimiento: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.
- Falta de Voluntad: Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

La presencia de estas 3 causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente. Así mismo estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones de Enfermería correspondientes, el tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado

1.4.3. Entorno:

Virginia henderson no incluye de manera especifica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico(familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados

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

1.4.4. Enfermería:

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o

ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades¹⁹. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto de otros profesionales de salud, asegura el desarrollo de sus competencias y da muestras de habilidad e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica de la enfermería y la organización de los cuidados en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, para completar el programa de cuidado a la persona pero no debe realizar tareas ajenas.

Virginia Henderson define que la enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos y puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Virginia Henderson también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte.

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

¹⁹ Ibidem, p. 8.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo mas rápidamente posible, por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

2.1. Ficha de Identificación:

Nombre: Antonia V. G.

Edad: 43 años.

Peso: 68 kg.

Talla: 1.53 cm.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Comerciante.

Escolaridad: 5º primaria.

Religión: Católica

Domicilio: Calle Rafael Alducin N° 6 Col Industrial Axochiapan Morelos

Teléfono: 01769 3511230

Procedencia: Estado de Guerrero.

Fuente de información: Directa por interrogatorio a paciente.

Fiabilidad (1-4): 3

Miembro de la familia/ persona significativa: Hija

2.2. Presentación del caso:

Se trata de persona adulta de 43 años de edad de sexo femenino, con peso de 72 kg. y una estatura de 1.53 cm., de ocupación ama de casa, escolaridad 5º de primaria, católica, casada desde hace 20 años, vive con su esposo, una hija, su sobrina con 2 hijos. Sus padres finados, su padre por muerte natural y madre finada por Ca. Cu. La señora Antonia refiere ser diabética desde hace 10 años e hipertensa hace 5, ella tiene establecido un régimen terapéutico a base de antihipertensivos e hipoglucemiantes, (se ministra insulina diariamente 30 u. por la mañana y 20 por la noche. actualmente esta poniendo especial cuidado en su tratamiento ya que ha estado presentando variaciones en sus cifras de glucosa debido a que había suspendido su tratamiento porque tenia mucha tos, además refiere que en ocasiones, si acude a consulta medica con

otro medico que no sea el que lleva su control suspende su tratamiento para tomar otro.

La señora Antonia refiere que come de todo sin llevar una dieta especifica aunque sabe que hay cosas que no debe ingerir ya que su medico le indico una dieta especial, las consume por que le gustan y a veces se desespera de no poder comerlas, consume fruta de temporada, pan 2 o 3 al día, carne 5 días a la sem. Sus actividades están encaminadas a realizar las labores del hogar, se encarga de vender diariamente por la mañana el pan que elaboran ellos mismos, ver televisión, pertenece al igual a un grupo religioso en su comunidad, al cual acude por lo menos una vez a la semana y a misa los días domingos, no realiza ningún ejercicio debido a que se siente cansada.

Me interesó valorar el estado nutricional de la paciente debido a que ha manifestado no seguir un régimen alimenticio adecuado a su padecimiento y a que ha presentado constantemente variaciones en sus cifras de glucosa.

2.3. Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

NECESIDAD DE RESPIRAR CON NORMALIDAD.

Valoración:

Datos de Independencia:

La sra. Antonia respira por si sola, sus signos vitales son: T/A 140/90 mm.Hg, F. R. 24x', F.C 94X' Temp. 36°C

Datos de Dependencia:

Presenta accesos de tos con esfuerzo respiratorio y dolor en tórax y espalda, refiere que esto le causa ansiedad y angustia, a la exploración se encuentran

campos pulmonares ventilados, con ligera palidez facial, llenado capilar de 3 seg. Presenta edema de Ms. ls. (+).

Diagnóstico de Enfermería:

Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por accesos de tos, agitación, tensión facial y fatiga.

Plan de Cuidados:

Objetivo:

La paciente disminuirá los accesos de tos durante el día, los resultados se evaluarán al cabo de una semana.

Intervenciones De Enfermería:

- Sugerir estancias en lugares con buena ventilación, que cuenten con corrientes de aire.
- Implementar actividades al aire libre
- Orientar a la señora Antonia sobre técnicas de relajación y ejercicios respiratorios.
- Orientarla sobre la importancia del uso de cubre bocas al momento de toser y ante la exposición al humo o polvo, ó temperatura ambiente.
- Explicar a la sra. Antonia que la ansiedad y el esfuerzo físico incrementara su dificultad respiratoria

Nota: Este diagnostico en particular se verá disminuido ó equilibrado en base a las actividades que realice ó deje de realizar.

Evaluación:

La señora Antonia valoro el uso de cubre bocas y aunque le costo trabajo adaptarse lo usa de forma continua.

La sra. Antonia logro disminuir el dolor torácico y de espalda, así como los accesos de tos.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

Valoración:

Datos de Independencia:

La sra. Antonia ingiere sus alimentos por si sola, sin ayuda ya que mastica y digiere adecuadamente, refiere conocer los 4 tipos de alimentos, se observa que tiene preferencia por alimentos demasiado dulces.

Datos de Dependencia:

Refiere que a la ingesta de grasas e irritantes le causa pirosis, nauseas y en ocasiones vómito, siente ansiedad por comer, específicamente por las noches, consume frutas y verduras ocasionalmente o fruta de temporada, sus alimentos los ingiere con azúcar, ingiere pan de 2 a 3 piezas al día, tortillas 6 a 8 al día, carne 5 días a la semana ingiere 1.5 litros de agua diariamente se observa ligera palidez, cabello reseco, delgado y en poca cantidad, refiere caída excesiva, su cuero cabelludo con manchas blancas, pies resecos, no realiza ejercicio debido a que últimamente se siente cansada.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Nutrición alterada superior a los requerimientos corporales, relacionada con ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas manifestado por ansiedad y comer por las noches.

Plan de cuidados:

Objetivo:

La señora Antonia mejorará y equilibrará su nutrición de acuerdo a sus necesidades.

Intervenciones de Enfermería:

- Brindar educación en salud respecto a una dieta equilibrada.
- Enseñar técnicas de modificación de conducta (comer solo en determinado lugar de la casa, determinar horarios para comer).

- Indicar a la señora Antonia comer despacio y masticar bien.
- Sugerir a la señora Antonia la ingesta de un vaso de agua simple ó de frutas naturales sin azúcar antes y después de los alimentos.
- Sugerir a la señora Antonia la ingesta de colaciones.
- Planificar un paseo diario (caminar)
- Aconsejar registre la dieta en un diario durante una semana (que comió, cuando, donde) revisar el tipo de alimentos ricos y pobres en calorías.
- Comer aperitivos bajos en calorías que sea necesario masticar para satisfacer la necesidad oral (zanahorias, manzana, palomitas de maíz naturales, jicama, pepino)
- Motivarla a que se pese diariamente para valorar mejoría.

Evaluación:

La señora Antonia menciona que ha comprendido la importancia de llevar una dieta equilibrada para un mejor control de su padecimiento y ha mejorado su alimentación.

Diagnóstico de Enfermería 2:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado nutricional manifestado por la alteración de la pigmentación en cuero cabelludo y pies resecaos.

Plan de Cuidados:

Objetivo:

LA señora Antonia logrará mejorar la hidratación de su cuero cabelludo y piel y se valorara al cabo de 15 días.

Intervenciones de Enfermería:

- Insistir a la señora Antonia la importancia de la ingesta de una dieta equilibrada y saludable para mejorar el aspecto de la piel.
- Brindar enseñanza sobre prevención de infecciones por medio de medidas de higiene personal, poniendo especial énfasis acerca de la información del cuidado del cuero cabelludo.
- Orientarla sobre el uso de aceites hidratantes en cuero cabelludo y pies.
- Explicar la importancia de la ingesta de agua necesaria al día. para mejorar la hidratación.
- Enseñar a la señora Antonia a evaluar las características normales de la piel.

Evaluación:

La sra. Antonia logro mejorar la apariencia de su cabello y disminuyó la aparición de manchas en cuero cabelludo y mejoro la hidratación de su piel.

Diagnóstico de Enfermería 3

Riesgo de de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.

Plan de Cuidados:

Objetivo:

La señora Antonia comprenderá la importancia de una ingesta adecuada de líquidos

Intervenciones de Enfermería:

- Brindar enseñanza a la señora Antonia sobre signos y síntomas de alarma.
- Orientar a la sra. Antonia la importancia de que ingiera por lo menos 8 vasos de agua simple ó de frutas naturales sin azúcar.
- Insistir a la sra. Antonia sobre la importancia de la ingesta de líquidos necesarios para mantener una hidratación adecuada.
- Planificar un objetivo para la ingesta de líquidos en 24 hrs.

- Sugerir a la señora Antonia mantenga siempre a la mano una jarra con agua para recordar tomar el agua necesaria.

Evaluación:

La sra. Antonia comprendió la importancia de la ingesta de líquidos adecuada.

NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS DEL ORGANISMO.

Valoración:

Datos de Independencia:

La eliminación intestinal 1 a 2 veces en 24 hrs. con control de los esfínteres abdomen blando, depresible, con ruidos peristálticos presentes.

Datos de Dependencia:

La eliminación vesical es de 10 a 12 veces al día, aparentemente sin molestias.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado por el aumento en el número de micciones manifestada por la paciente.

Plan de Cuidados:

Objetivo:

La paciente conocerá signos y síntomas de descompensación, identificará datos de infección y mejorará el deterioro.

Intervenciones de Enfermería:

- Determinar si existe alguna causa aguda para el problema (infección de vías urinarias, etc.) y canalizarla con un especialista.

- Determinar factores que aumentan la incidencia (si es mas frecuente de día, de noche en presencia de excitación).
- Explicar a la paciente las causas de la micción frecuente.
- Valorar el patrón de micción y la ingesta de líquidos, si es más común por la noche reducir la ingesta de líquidos a partir de las 7 de la tarde e ingerir cantidades mínimas por la noche.
- Tranquilizar a la paciente informándole que mediante la ingesta adecuada de su tratamiento disminuirán sus molestias.
- Sugerir a la paciente disminuir ó evitar la ingesta de café, refrescos de cola, té, alcohol y jugo de toronja debido a su efecto diurético.

Evaluación:

LA señora Antonia manifestó sentirse mas tranquila ante la disminución del número de micciones y saber las causas de la misma.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.

Valoración:

Datos de Independencia:

La señora Antonia percibe adecuadamente los cambios de temperatura, refiere prefiere el tiempo de frío ya que el calor es molesto para ella.

Datos de Dependencia:

No se encuentran datos de independencia en esta necesidad.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA.

Valoración:

Datos de Independencia:

Es muy activa, puede moverse por si sola, se levanta muy temprano, realiza sus quehaceres propios del hogar, descansa poco.

Datos de Dependencia:

Se siente fuerte aunque muy cansada, refiere dolor de espalda, a la exploración se encuentra con contractura muscular, camina un poco encorvada debido al dolor de espalda, actualmente se observa preocupada y angustiada.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Intolerancia a la actividad relacionada con falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física manifestado por mantener posición antiálgica, dolor de espalda y contractura muscular.

Objetivo:

La señora Antonia identificará factores que agravan la intolerancia a la actividad, y métodos para reducirla y se evaluara en 15 días.

Intervenciones de Enfermería:

- Brindar educación en salud poniendo especial énfasis en signos y síntomas de hipo e hiperglucemia.
- Sugerir a la señora Antonia la ingesta de un bocadillo ante signos y síntomas de hipoglucemia y ante signos de hiperglucemia aumentar la actividad (caminar).
- Planificar conjuntamente las actividades cotidianas de forma que pueda introducir un grado controlado de actividad.
- Explicarle la importancia de caminar por lo menos media hora diaria.
- Explicarle que el ejercicio controlado le ayudara a mejorar su circulación.
- Sugerir el uso de terapia de calor para disminuir el dolor.
- Proporcionar masajes en forma circular con el uso de aceites relajantes.
- Sugerir a la sra. Antonia la implementación de periodos de descanso por las tardes o entre sus actividades.
- Involucrar a la familia en las actividades diarias del hogar para que la sra. Antonia tenga tiempo para tomar periodos de descanso.

Evaluación:

La sra. Antonia logro descansar un poco mas, disminuyó notablemente su dolor de espalda con la ayuda de los masajes y aumento su tolerancia a la actividad.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Valoración:

Datos de Independencia:

La señora Antonia se muestra concentrada, con lenguaje claro y coherente.

Datos de Dependencia:

Su necesidad de sueño se encuentra alterada debido a que descansa poco, duerme aproximadamente 6 hrs. diarias, se siente cansada, últimamente presenta insomnio, se encuentra preocupada y estresada por que extraña a su hija además de otros problemas familiares.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro del patrón del sueño, relacionado con la separación de personas significativas manifestado por insomnio.

Objetivo:

- La señora Antonia disminuirá su trastorno del sueño al cabo de una semana.
- La señora Antonia disminuirá su estrés.

Intervenciones de Enfermería:

- Establecer comunicación con su hija en forma constante a través de cartas o vía telefónica.
- Establecer una rutina para acostarse mas temprano y procurar que se cumpla
- Establecer periodos de descanso durante el día.

- Favorecer un ambiente adecuado para su descanso (libre de ruidos, apagar luces, etc.)
- Sugerir técnicas de relajación a través de aromaterapia y música terapia.

Evaluación:

La sra. Antonia refiere haber disminuido su insomnio y su cansancio a través de las terapias y llevando acabo una hora de descanso por la tarde y al tener comunicación vía telefónica con su hija se sintió más tranquila.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADA:

Valoración:

Datos de Independencia:

Esta necesidad se encuentra cubierta ya que la señora Antonia tiene la capacidad de vestirse y desvestirse sola.

Datos de Dependencia:

Esta necesidad no se encuentra alterada.

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE PERSONAL.

Valoración:

Datos de Independencia:

La Señora Antonia cubre esta necesidad puesto que puede realizar por si sola sus prácticas higiénicas.

Datos de Dependencia:

En esta necesidad no se encontraron datos de dependencia.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS DEL ENTORNO.

Valoración:

Datos de Independencia:

Esta necesidad esta cubierta ya que la Señora Antonia conoce medidas de prevención de accidentes, ante situaciones de urgencia actúa con miedo pero es determinante en sus acciones.

Datos de Dependencia:

Esta necesidad se encuentra alterada ya que la señora Antonia acude a su control de salud solo que no toma adecuadamente su tratamiento de medicamento establecido ya que si le indican otro suspende este, por que piensa que es mucho medicamento y le va a irritar el estomago, aunque su médico ya le explicó que no debe suspenderlo, por lo que sus cifras de glucosa y presión arterial constantemente se elevan, presenta riesgo de caerse debido a que su casa cuenta con escaleras sin barandales y en su trabajo corre el riesgo de inhalación de humo debido a que cuentan con horno de leña, además del riesgo de cortarse ya que usan charolas de latón.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con el incumplimiento del tratamiento manifestado por descompensación o exacerbación de los síntomas.

Objetivo:

La señora Antonia mejorará el manejo del régimen terapéutico y se evaluará al cabo de una semana.

Intervenciones de Enfermería:

- Sugerir a la señora Antonia solicite a su médico información sobre riesgos y beneficios de seguir su régimen terapéutico preescrito.
- Identificar factores etiológicos o relacionados que impiden un manejo eficaz(falta de confianza, conocimientos insuficientes, recursos insuficientes).

- Investigar el grado de comprensión de su problema, sus expectativas del tratamiento y resultados.
- Comentar los riesgos y beneficios de seguir el régimen prescrito.
- Recordarle el objetivo que persigue con cada medicamento, la dosis, vía de administración, efectos esperados, posibles efectos secundarios y las complicaciones en caso de suspensión.
- Favorecer una actitud positiva y la participación de la persona.
- Insistir a la señora Antonia acerca de evitar suspender el tratamiento y explicar si es que toma algún método alternativo para su tratamiento (té de hierbas)
- Recomendar la ingesta de medicamentos con leche o alimentos para evitar la irritación gástrica.

Evaluación:

La señora Antonia comprendió la importancia de llevar adecuadamente su régimen terapéutico.

Diagnóstico de Enfermería 2:

Riesgo de lesiones relacionado con las características físicas del entorno.

Objetivo:

La señora Antonia conocerá y llevará a cabo medidas de prevención de accidentes en el trabajo y hogar.

Intervenciones de Enfermería:

- Utilizar iluminación nocturna.
- Aconsejar el uso de zapatos con suelas antideslizantes.
- Sugerir la colocación de barandales en escaleras.
- Sugerir el cambio de charolas de latón por plástico.

Evaluación:

- La sra. Antonia valoró el uso de cubre bocas y aunque le costo trabajo adaptarse lo usa de forma continua.

- La sra. Antonia con la ayuda de su familia lograron colocar barandales en las escalera de su hogar y finalmente lograron cambiar las charolas por unas de plástico disminuyendo así los factores de riesgo.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS EXPRESAR SUS EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS U OPINIONES.

Valoración:

Datos de Independencia:

Se expresa de manera verbal, es coherente en su comunicación y congruente con sus expresiones, además de que refiere tener comunicación adecuada con su esposo y demás familiares, ella se encuentra acompañada la mayor parte del tiempo.

Datos de Dependencia:

Esta necesidad no se encontró alterada.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Valoración:

Datos de Independencia:

Católica de religión, los principales valores de familia son: Respeto, confianza, honradez y honestidad, su principal valor personal es la confiabilidad, congruente en su forma de pensar con su forma de vivir, viste de acuerdo a su gusto ya que su religión no influye en su vestuario, cuenta en su casa con un altar con una virgen de Guadalupe y su Biblia.

Datos de Dependencia:

No se encontraron datos de dependencia en esta necesidad.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración:

Datos de Independencia:

Actualmente la señora Antonia trabaja en su negocio ya que es comerciante, menciona estar satisfecha con su trabajo aunque es muy cansado, ella cubre sus necesidades con lo que gana, esta satisfecha con el rol familiar que juega.

Datos de Dependencia:

En esta necesidad no se encontraron datos de dependencia.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración:

Datos de Independencia:

Es independiente ya que la señora Antonia realiza actividades recreativas como: Acudir a misa los días domingos, acude a reuniones con un grupo religioso de matrimonios en su comunidad y en ocasiones salen fuera de ella, visita a sus familiares, le gusta ir a la laguna, su sistema neuromuscular se encuentra integro y funcional.

Datos de Dependencia:

En esta necesidad no se encontraron datos de dependencia.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Valoración:

Datos de Independencia:

La señora Antonia tiene buena memoria reciente, sistema emocional adecuado.

Datos de Dependencia:

Le gusta leer pero tiene dificultad a la visión, se encuentra ansiosa y con dolor en espalda, refiere tener interés en aprender para resolver sus problemas de salud ya que ha suspendido la ingesta de su tratamiento.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Deterioro de la percepción visual, relacionado con la edad manifestado de manera verbal.

Objetivo:

Canalizar a la señora Antonia con un especialista.

Intervenciones de Enfermería:

- Sugerir la consulta con un especialista, para la indicación de uso de lentes si es necesario.
- Desmentir mitos sobre el uso de insulina.
- Sugerir lea en lugares bien iluminados
- Sugerir la lectura de preferencia durante el día.

Evaluación:

La señora Antonia logró mejorar su visión mediante el uso de lentes.

3. CONCLUSIONES.

El arte del cuidado de Enfermería ha evolucionado de tal manera que las enfermeras (os) hemos ido asumiendo funciones comprometidas con la responsabilidad de ofrecer atención con calidad al individuo y a la comunidad.

La reciente Profesionalización en los Servicios de Enfermería, nos marcan cambios y obligan a la enfermera a una formación continua y responsable, para mantener al día sus conocimientos y ser capaces de adaptarse a la vida moderna logrando así el reconocimiento como profesionales de la salud.

La enfermera profesional requiere del Proceso Atención de Enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales y brindar atención individualizada para una atención de forma holística y de calidad al paciente familia y comunidad.

La aplicación de este Proceso Atención de Enfermería me ayudo en forma personal a desarrollar habilidades para la valoración de necesidades e identificación de factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona y en la planificación y realización de las acciones pertinentes, dejándome una satisfacción ya que logre mejorar mis conocimientos respecto al Proceso Atención de Enfermería.

Este proceso fue al mismo tiempo de utilidad para la persona a quien se aplicó ya que mejoró sus hábitos alimenticios, su estilo de vida, así como su autoestima, ya que considera importante que el personal de Enfermería se involucre con el paciente.

El presente trabajo se elaboro bajo el modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas y la función de la enfermera es la de lograr la independencia mediante intervenciones desarrolladas para satisfacer dichas necesidades.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería se plantearon objetivos, los cuales se cumplieron en su mayoría, logrando resultados satisfactorios para la paciente y familia ya que la persona mejoró su estado de salud.

Así mismo considero que la realización del Proceso Atención de Enfermería es importante ya que nos permite una atención personalizada, favorece la profundización en el conocimiento de la Enfermería y propicia un pensamiento crítico y reflexivo.

4. SUGERENCIAS.

Considero es importante que el programa de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia incluya un taller sobre Proceso Atención de Enfermería, con la finalidad de obtener y mejorar los conocimientos sobre el Proceso Atención de Enfermería ya que es un instrumento de trabajo que se debe llevar a cabo en la vida diaria y la gran mayoría no estamos familiarizadas en su realización.

5.- BIBLIOGRAFIA.

CARDENAS JIMENEZ Margarita. Conceptualización de la Enfermería, Febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p.37.

Enciclopedia de la Enfermería .Fundamentos y Técnicas Volumen 1 Ed. Océano

FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 4, 5, 7, 8, 9, 10.

<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>

Juall Cardenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería 9ª edición, Ed. McGraw-Hill. Interamericana.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2005-2006. Ed. Elsevier, España.

NORDMARK / ROHWEDER. Bases Científicas de la Enfermería. Segunda Ed. Manual Moderno, p. 128-187.

UNAM- ENEO. Proceso de Enfermería. Antología Curso-Taller Febrero- marzo 2007.

UNAM- ENEO. Proceso Atención de Enfermería. Seminario-Taller. 2000.

WOLF LEWIS, Luverne. Fundamentos de Enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª edición, Ed. Harla, México, 1992, p. 26.

6. ANEXOS.

ANEXO 1.

VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS:

NECESIDAD DE OXIGENACION.

Datos subjetivos:

Disnea debido a: No presenta. Tos productiva/seca: Presenta accesos de tos seca frecuentemente durante la entrevista. Dolor asociado con la respiración: Dolor torácico y de espalda. Fumador: Refiere no ser fumador solo que se encuentra en constante contacto la respiración con humo ya que tienen una panadería y el pan lo hornean con leña.

Datos objetivos:

La sra. Antonia se encuentra con los siguientes signos vitales y características: F. R.24 x' pulso 98 x' T/A 140/90 mm.Hg. T. 36.5°C, la paciente se encuentra con hipertensión ligera, muestra un resultado de laboratorio donde su glicemia se encuentra alterada 380 Mg. Tos productiva/seca: Durante la entrevista presenta accesos de tos seca Estado de conciencia: a la exploración se encuentra conciente, bien orientada y alerta. Coloración de la piel / lechos ungueales/ peribucal: Se encuentra con ligera palidez facial. Circulación del retorno venoso: Llenado capilar 3 seg. Presenta edema en Ms
ls(x)

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Datos subjetivos:

Dieta habitual: Menciona que no lleva una dieta de acuerdo a su padecimiento ya que ingiere todo tipo de alimentos, come de todas las frutas y más si son de la estación, carne 5 días a la sem. Huevo 3 días ala semana, frutas, verduras 2 a 3 días a la sem. Refiere darle ansiedad por comer por las noches, toma aprox. 2 litros de agua al día. Numero de comidas diarias: 3. Trastornos digestivos: Refiere presentar dolor y ardor a la ingesta de grasas o irritantes (chile) Intolerancia alimentarias/alergias: Refiere que en ocasiones le da diarrea cuando toma leche. Problemas de masticación y deglución: Ninguna. Patrón de ejercicio: Le gusta caminar aunque últimamente no lo realiza porque se siente cansada y con sueño.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Se encuentra hidratada, solo los talones resecos.
Membranas mucosas, hidratadas/secas: Hidratadas.
Características de uñas y cabello: Largo un poco reseco, con manchas blancas, refiere caérsele mucho, uñas rosadas y cortas.
Esquelético: Niega fracturas solo le duele la espalda.
Aspecto de los dientes y encías: Molares con amalgamas y coronitas en dientes frontales, le faltan 3 piezas dentales molares.
Heridas tipo y tiempo de cicatrización: Refiere cicatrizan rápido, a la exploración se observa cicatriz a nivel abdominal, refiere 2 cesáreas la ultima hace 18 años.

NECESIDAD DE ELIMINACION.

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: 1 o 2 veces al día. Características de heces/orina/menstruación: Orina amarillo concentrado, menstruación sin dolor solo que en ocasiones se asusta porque es mucha la cantidad, además

últimamente es muy irregular cada 20 días o cada 2 o 3 meses, heces de consistencia semipastosa color café claro. Historia de hemorragias/enf. Renales/otros: Hemorragia ocasionales durante la menstruación.

Uso de laxantes: Negados. Hemorroides: Negados. Dolor al defecar/menstruar/orinar: Negados. Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Refiere que cuando se encuentra preocupada o en situación de estrés le duele el estomago y le da diarrea

Datos Objetivos:

Abdomen, características: A la palpación se encuentra con abdomen globoso, blando, depresible, sin dolor. Ruidos intestinales: Presentes Palpación de la vejiga urinaria: con globo vesical, no doloroso.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a cambios de temperatura. El calor la abochorna, prefiere el tiempo de frío.

Ejercicio, tipo y frecuencia: Le gusta caminar solo que actualmente no lo hace porque se siente cansada. Temperatura ambiental que le es agradable: Fresca.

Datos objetivos:

Características de la piel: Hidratada, brillante solo con resequead de talones, transpiración: Suda mucho

Condiciones del entorno físico: Vive en casa propia construida con block de tabicon, techo de loza, cuenta con 3 recamaras, cocina, baño con drenaje , hace mucho calor en el pueblo pero su casa se encuentra bien ventilada, aunque como se encuentra la panadería a un costado de su casa cuando encienden el horno se siente mucho calor. Otros: El humo que despide el horno es asfixiante, molesto, en gran cantidad aun cuando cuenta con campana extractora.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Es muy activa se levanta muy temprano a las 4:30 de la mañana, ya que va a vender pan y llega de 10 a 11 de la mañana y después realiza todos sus quehaceres del hogar. Actividades en el tiempo libre: Le gusta tejer y bordar servilletas, ver televisión. Hábitos de descanso: No descansa mucho, en ocasiones solo 1 hora durante el día. Hábitos de trabajo: Refiere que se siente muy cansada ya que se levanta muy temprano para ir a vender el pan a las 4:30 de la mañana y por la tarde le ayuda a su esposo en la panadería.

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Se siente fuerte, solo le duele la espalda. Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: presenta contractura muscular en espalda, pero tiene buena flexibilidad. Postura: Se encorva un poco debido al dolor de espalda.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: Ninguna. Dolor con el movimiento: No presenta dolor. Presencia de temblores: No. Estado de conciencia: Alerta. Estado emocional: Se observan facies de angustia y preocupaci3n.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: Solo ocasional una hora. Horario de sueño: Por la noche solo duerme aproximadamente 6 hrs. Horas de descanso: 6 hrs. y media. Horas de sueño: 6 hrs. Siesta: Ocasionalmente 1 hora. Insomnio: en ultimas fechas. Debido a: Encontrarse preocupada por su hija que se fue a vivir a E. U. y su sobrina que se mudo a vivir con ella hace unas semanas. Descansado al levantarse: le cuesta trabajo levantarse debido a que se siente con sueño y muy cansada.

Datos Objetivos:

Estado mental. Ansiedad/ estrés/lenguaje: Coherente, articulación clara y concreta. Ojeras: Presencia de ligeras ojeras. Atención: pone atención a la entrevista. Bostezos: No presenta durante la entrevista. Concentración: Se muestra concentrada. Apatía: No
Cefaleas: Solo cuando se siente muy cansada y cuando tiene la presión arterial elevada.
Respuesta a estímulos: Adecuada a estímulos verbales y dolorosos.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No, le gusta arreglarse y maquillarse.
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No, viste de acuerdo a su gusto. Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No, lo elige ella misma.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si, solo que usa guarache de correas.
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada ella se viste y desviste sola.
Vestido incompleto: No, se encuentra con vestido completo. Sucio: No
Inadecuado: No
Otros: Se observa limpia, peinada y arreglada, su ropa es adecuada para su edad.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: 1 al día si hace mucho calor 2 veces al día.

Momento preferido para el baño: Por la tarde.

Cuántas veces se lava los dientes el día: 2

Aseo de manos: Antes de cada comida y después de eliminar.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No, sus creencias no limitan su higiene.

Datos Objetivos:

Aspecto: Se encuentra limpia con vestido adecuado para su edad.

Olor corporal: Olor a limpio y a perfume suave. Halitosis: No percibido.

Estado del cuero cabelludo: Limpio con algunas lesiones dermicas blanquecinas.

Lesiones dermicas tipo: Blanquecinas y escamosas.

Otros: Refiere caída de cabello.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Esposo, 2 hijas y una sobrina con sus 2 hijos que acaban de llegar a vivir con ellos. Como reacciona ante situación de urgencia: Con miedo y determinación. Conoce las medidas de prevención de accidentes. Hogar: Conoce los peligros del hogar. Trabajo: Si, sabe que debe cuidar y evitar que los niños jueguen en su negocio debido a que tienen maquinas eléctricas para elaborar el pan.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si, aunque no toma sus medicamentos adecuadamente porque cuando acude a consulta con otro medico que no es el que lleva su control de diabetes e hipertensión suspende sus medicamentos para tomarse los otros. Familiares: si aunque no en forma continua solo cuando se sienten mal. Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Llora aunque trata de mantenerse tranquila.

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: Ninguna aparente. Condiciones del ambiente en su hogar: Cuenta con escaleras que no tienen barandales

Trabajo: El cocer el pan en horno de leña representa un peligro ya que inhalan el humo, además de que cuentan con maquinaria eléctrica. Otros: Usan charolas de latón para el pan y son cortantes.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Datos Subjetivos:

Estado civil: Casada. Años de Relación: 25 años Viven con: Esposo, hija, sobrina con 2 hijos. Preocupaciones: Esta preocupada ya que su sobrina esta separada de su esposo el cual se encontraba en E. U el cual llevo hace unos días y amenaza con quitarle a sus niños. Estrés: Preocupada por lo que pueda hacer el esposo de su sobrina.

Familiar: Expresa preocupación y angustia por lo que pueda suceder con su sobrina y por su hija que se encuentra lejos. Otras personas que pueden ayudar: Suegra y cuñados. Rol en estructura familiar: Mama Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: Si lo comenta con su hija, esposo y cuñada. Cuanto tiempo pasa sola: Casi siempre se encuentra acompañada. Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Visita a su suegra diariamente, además tiene visitas de otros familiares.

Datos Objetivos:

Habla claro: si Confuso: No Dificultad para la visión: Le cuesta un poco de trabajo leer

Audición: Adecuada. Comunicación verbal/no verbal/con la familia/con otras personas significativas: Verbal congruente con sus expresiones, le habla por vía telefónica su hija en forma regular.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Católica. Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No refiere que le ha ayudado a sobrellevar sus problemas personales y familiares. Principales valores en la familia: Confianza, respeto, honestidad. Principales valores personales: Confiable, respeto. Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): Viste de acuerdo a su gusto, su religión no influye en su vestuario. Permite el contacto físico: Si. Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Cuenta con una virgen de Guadalupe y su Biblia.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: Si Tipo de trabajo: Es comerciante vende el pan que fabrican.

Riesgos: Hornean el pan con leña, además cuentan con maquinaria eléctrica, hornean el pan con leña y lo cosen en charolas de latón (riesgo de quemaduras y cortaduras)

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 hrs. o más. Esta satisfecho con su trabajo: Refiere que le gusta aunque se cansa mucho. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Si cuando las ventas son buenas, en ocasiones no se vende bien el pan. Esta satisfecha con el rol familiar que juega: Si

Datos Objetivos:

Estado emocional:

Calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Calmada, un poco retraída y pensativa, se encuentra temerosa y triste porque le gustaría que su hija estuviera con ellos o por lo menos más cerca para poder visitarla.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver televisión, acude a misa los domingos, visita a sus familiares, borda y teje servilletas y acude a reuniones con grupo religioso una vez por semana. Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si. Recursos en su comunidad para la recreación: Cuenta con un parque cerca de su casa y campo deportivo además una laguna, aunque solo esta bonita en temporada de lluvias. Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Pertenece a un grupo religioso de matrimonios en su comunidad.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Se encuentra completo y funcional.

Rechazo a las actividades recreativas: No, solo que como se siente cansada en ocasiones prefiere dormir o ver televisión.

Estado de animo: Apático/aburrido/participativo: participativo.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Bajo no termino la primaria problemas de aprendizaje: ninguno. Limitaciones cognitivas: Ninguna. Preferencias: leer/escribir: Leer. Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: Si Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: tiene interés solo que le cuesta mucho trabajo entenderlos.

Otros: concientizarla en la ingesta adecuada de sus medicamentos, sin suspender su tratamiento sin indicación medica.

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Adecuado. Órganos de los sentidos: tiene dificultad en la visión. Estado emocional ansiedad, dolor: Ansiedad, dolor en la espalda.

Memoria reciente: tiene buena memoria. Memoria remota: Tiene buenos recuerdos de su niñez.

6.2.- ANEXO 2.

NUTRICION:

Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.

Necesidades Nutricionales:

En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para:

- La construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.
- La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (enzimas y hormonas).
- La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (hemoglobinas y anticuerpos).
- La producción de energía.

El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza.

El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud

En la salud los factores que afectan los requerimientos dietéticos diarios incluyen:

1. **EDAD:** Guarda estrecha relación con el patrón de crecimiento; El requerimiento de casi todos los nutrientes es mayor del nacimiento hasta la adolescencia que en la edad adulta, después de la edad madura se necesitan menos cantidades de algunos nutrientes.
2. **SEXO:** Se relaciona en parte con la constitución física, los requerimientos dietéticos diarios tienden a ser mayores en los hombres, una excepción notable es el hierro, que es mayor en la mujer.
3. **CANTIDAD Y CALIDAD DE ACTIVIDAD FISICA DIARIA:** Hay una relación directa entre el aumento de actividad física y el aumento de necesidades calóricas.
4. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** Durante el embarazo hay un aumento del 50% en el requerimiento de calcio, mientras que las necesidades de los demás nutrientes aumentan en un 20 %.

Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad, cuando hay tensión emocional o necesidad de una reparación tisular extensa.

DIETA BALANCEADA:

Una dieta bien balanceada comprende alimentos del grupo de la carne, de la leche, de las verduras, frutas, pan y cereales. El adulto normal necesita diariamente:

- 2 raciones del grupo de la carne.
- 2 raciones del grupo de la leche.
- 4 raciones del grupo de las frutas y verduras.
- 4 raciones del grupo del pan y los cereales.

Los carbohidratos son nutrientes esenciales de la dieta, tienen funciones importantes:

- Son la fuente de energía mas disponible, cada gramo da 4 calorías
- La glucosa es la única fuente de energía de las células nerviosas.
- Los carbohidratos se disgregan antes que las proteínas, de modo que las proteínas se usan para otras funciones además de la producción de energía.

Los carbohidratos son esenciales para el metabolismo de las grasas, cuando no hay un adecuado aporte de carbohidratos en la dieta, los productos derivados del metabolismo de las grasas se acumulan en la sangre, los carbohidratos se encuentran en casi todos los alimentos con excepción de las carnes rojas, el pescado y las aves.

Los adultos necesitan 75 a 100 grs. diarios de carbohidratos para prevenir la acumulación en la sangre de productos derivados del metabolismo de las grasas (cetosis).

Las grasas son la fuente de energía mas concentrada y dan 9 calorías por gramo, así como el tejido adiposo las grasas pueden oxidarse directamente para la producción de energía, las grasas que se ingieren son necesarias para la absorción adecuada de las vitaminas solubles, como el tejido adiposo se encuentra alrededor de muchos órganos del cuerpo actúa como colchón y a manera de soporte, aproximadamente el 25 % de las calorías totales de una persona deben provenir de las grasas y 1 ó 2 % de los ácidos grasos esenciales(ácido linoleico),los ácidos grasos no se pueden sintetizar en el organismo, de modo que se tienen que ingerir, estos son necesarios para el crecimiento normal, para la reproducción y para mantener una piel saludable.

Hay fuentes de lípidos tanto animales como vegetales, las fuentes de animales incluyen los productos de la leche, carnes rojas, pescado, aves, huevo, las fuentes vegetales incluyen aceites vegetales, nueces, aguacate y aceitunas.

Las proteínas son nutrientes esenciales en la dieta, son esenciales para la construcción, conservación y reparación de todos los tejidos del organismo, se necesitan para la síntesis de muchos componentes esenciales , como las

enzimas, las nucleoproteínas, los anticuerpos, las hormonas, la hemoglobina y las proteínas plasmáticas (albúmina, globulinas y fibrinogeno), son una fuente de energía, cada gramo libera 4 calorías.

Hay fuentes proteicas animales y vegetales. Las fuentes vegetales son proteínas parcialmente completas e incompletas, estas incluyen harinas, cereales, frijol, chícharos, nueces, frutas y verduras. Las fuentes animales generalmente son proteínas completas.

Las necesidades calóricas del organismo dependen principalmente del valor del metabolismo basal (BMR) y de la actividad física. el valor del metabolismo basal se afecta por:

- La altura.- mientras mas pequeña es la persona más alto será el BMR por unidad; sin embargo, en total, una persona más alta tendrá un BMR más alto.
- El sexo.- Las mujeres tienen un BMR ligeramente mas bajo que el de los hombres.
- La edad.- El valor del metabolismo del recién nacido es casi el doble que el del adulto, el BMR decrece con la edad.
- El sueño.- El BMR disminuye en un 10 % durante el sueño.
- La temperatura corporal.- El BMR aumenta de un 5 a un 10 % por cada grado Fahrenheit que sube la temperatura corporal.
- La hormona tiroidea.- En el hipertiroidismo el BMR puede aumentar hasta 100 veces.
- El estado de nutrición.- En una persona mal nutrida el BMR se encuentra disminuido.
- El embarazo y la lactancia.- El BMR aumenta hasta en un 25 % el último trimestre del embarazo y hasta un 60 % durante la lactancia.

La actividad física es un factor importante para la determinación de las necesidades energéticas, las necesidades calóricas dependen de: La cantidad del trabajo efectuado, la intensidad del trabajo y el tamaño del cuerpo, las raciones dietéticas diarias que se recomiendan para satisfacer las necesidades energéticas a lo largo de la vida son:

- Para lactantes hasta de 6 meses.- 117 calorías por kilogramo de peso.
- Para infantes de 6 meses a un año.- 108 calorías por kilogramo de peso.
- Para niños de un año de edad.- 1300 calorías.
- Para niños de 10 años de edad.- 2400 calorías.
- Para adolescentes masculinos.- De 2800 a 3000 calorías y aumentan con la edad, para adolescentes femeninos de 2100 a 2400 calorías y disminuyen con la edad.
- Para adultos masculinos.- De 2400 a 3000 calorías, para adultos femeninos de 1800 a 2100 calorías y van disminuyendo a medida que avanza la edad.

Para la eficacia del funcionamiento celular y para la producción de compuestos esenciales se requieren varios minerales, estos incluyen: Calcio, Fósforo, yodo, Hierro, magnesio, zinc.

Para que las células vivan y funcionen adecuadamente se necesitan sustancias inorgánicas como el sodio, el potasio y el cloro (en forma de cloruro).

Las vitaminas son compuestos orgánicos que se necesitan en muy pequeñas cantidades para los procesos metabólicos normales.

REGULACION DE LA INGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS.

Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal.

En el hipotálamo existen centros del hambre y de la saciedad:

- El centro del hambre o de la alimentación.- Inicia la búsqueda de alimento mientras que el centro de la saciedad inhibe al centro de la alimentación, el centro de la alimentación esta relacionado con el estado nutricional del individuo y es particularmente sensible a la disminución de la concentración normal de la glucosa en sangre, las contracciones de hambre se perciben como una sensación tensa y corrosiva en el

estomago, la angustia del hambre produce dolor agudo, generalmente el hambre se acompaña de una sensación de inquietud y tensión, los hábitos alimenticios diarios desempeñan un papel importante para determinar cuando una persona tiene hambre.

El apetito puede aumentar por: Pensar en come principalmente alimentos que se disfrutan, el estado emocional de una persona (ej., excitación, tensión por el tacto), los olores, sabores y apariencias agradables de ciertos alimentos.

El apetito puede disminuir por: El estado emocional de una persona (miedo, depresión), malestares viscerales como náusea y distensión, la presencia de dolor en cualquier parte del cuerpo, la presencia de estímulos ambientales como escenas y olores desagradables, enfermedad física, boca seca y con mal sabor, incapacidad para masticar los alimentos, un esfuerzo consciente por comer menos.

Los gustos, las aversiones, los hábitos alimenticios se aprenden, para algunas personas el comer puede ser un modo de aliviar sus tensiones.

La regulación a corto plazo de la ingestión de alimentos está relacionada con las necesidades nutricionales globales, Las deficiencias dietéticas están relacionadas con la cantidad y la calidad de los alimentos y con la frecuencia con la que estos se ingieren.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA UTILIZACION DE LOS ALIMENTOS.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y de las grasas. Se produce ya sea por que

no se produce suficiente cantidad de insulina ó por que la insulina que se secreta no es eficaz.

En la diabetes mellitus el metabolismo de los carbohidratos se encuentra deprimido porque el transporte de glucosa de la sangre a las células se encuentra obstaculizado, la concentración de la glucosa en sangre se eleva; sin embargo si no hay un aporte adecuado de glucosa hasta las células, éstas si es que funcionan no lo hacen bien, entre otros factores para el desarrollo de la diabetes mellitus se encuentra la obesidad y los factores hereditarios.

La diabetes mellitus puede ser secundaria a otros trastornos metabólicos. Si esta no es controlada se producen: Signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico, signos y síntomas de acidosis metabólica, conforme pasa el tiempo generalmente se llegan a producir cambios degenerativos en los vasos sanguíneos.