



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO  
CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA INTRADOMICILIARIA  
A UNA ADULTA MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA  
Y DEMENCIA SENIL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:  
FIGUEROA CHAVEZ MIRIAM IVETTE**

**CUENTA NO.  
404528960**

**ASESORA:  
L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN.  
SEPTIEMBRE 2008.**



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.

## **DEDICATORIA**

**A**

Mis padres, quienes me han heredado el tesoro más valioso que pueda dársele a una hija “AMOR”, además de su apoyo incondicional para poder ver mis sueños hechos realidad.

A Mis Hermanos:

Zahira Ivonne Figueroa Chávez

Jorge Figueroa Chávez

Por acompañarme en esta etapa de mi vida

A Mi Sobrino:

Isaac

Porque al llegar a esta vida me ilumino y me impulso a seguir adelante

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente a Dios, por darme salud ante todo y permitirme terminar mi carrera.

A mis Profesores, por su dedicación continua para con nosotros, a formar nuevos profesionales de la salud.

A la madre Ignacia por su asesoría durante la realización de este trabajo.

A mis compañeros y amigos por compartir esta maravillosa experiencia de mi vida.

## INDICE

<b>CAPITULO 1. INTRODUCCION.....</b>	<b>7</b>
1.1 JUSTIFICACION.....	8
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.3 METODOLOGIA.....	10
<b>CAPITULO 2. MARCO TEORICO</b>	
<b>GENERALIDADES DE ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA Y PROCESO ENFERMERO.....</b>	<b>12</b>
2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA.....	12
2.2 LOS ORIGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	13
2.3 ETAPAS HISTORICAS DEL CUIDADO.....	15
2.4 PROCESO ENFERMERO.....	18
2.4.1 ANTECEDENTES.....	18
2.4.2 DEFINICION.....	19
2.4.3 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ENFERMERO.....	19
2.4.4 OBJETIVO Y BENEFICIOS DEL PROCESO.....	20
2.5 VALORACION.....	21
2.5.1 METODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS.....	23
2.5.2 VALIDACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION.....	24
2.6 DIAGNOSTICO.....	25
2.6.1 TIPOS DE DIAGNOSTICO.....	26
2.7 PLANEACION.....	27

2.8 EJECUCION.....	28
2.9 EVALUACION.....	30

### **CAPITULO 3. MARCO TEORICO**

<b>PRINCIPAL MODELO DE VIRGINIA Y TEORICAS DE IMPORTANCIA HISTORICA.....</b>	<b>31</b>
3.1 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	31
3.2 BIOGRAFIA.....	31
3.3 POSTULADOS, VALORES Y ELEMENTOS MAYORES.....	32
3.4 14 NECESIDADES QUE IDENTIFICÓ HENDERSON.....	34
3.5 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.....	34
3.6 TEORIAS DE LA ENFERMERIA DE IMPORTANCIA HISTORICA.....	35

### **CAPITULO 4. PATOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA**

4.1 CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR.....	39
4.2 INSUFICIENCIA CARDIACA.....	42
4.2.1 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	43
4.2.2 FORMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA.....	44
4.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	45
4.2.4 DATOS DE LABORATORIO.....	46
4.2.5 DATOS DE GABINETE.....	46
4.2.6 TRATAMIENTO.....	47
4.3 DEMENCIA SENIL.....	50
4.3.1 CUADRO CLÍNICO.....	52
4.3.2 TRATAMIENTO.....	52

<b>CAPITULO 5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....</b>	<b>53</b>
5.1 VALORACION.....	53
5.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES .....	54
5.3 FAMILIOGRAMA.....	61
5.4 IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.....	62
5.5 JERAQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	67
5.6 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	69
5.7 PLAN DE ALTA.....	88
5.8 RECOMENDACIONES.....	94
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	96
GLOSARIO.....	99
ANEXOS.....	101

## 1. INTRODUCCION

El presente trabajo, trata de un proceso de enfermería realizado a un adulto mayor, en el cual se describe lo que es meramente el proceso enfermero y sus etapas, la metodología, el marco teórico en el cual se habla brevemente de la patología que presenta la paciente, los cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados en la etapa de la vida en la que se encuentra. Además de mencionar la teórica con la cual se trabajo. El modelo en el cual me base fue en el de Virginia Henderson, ya que ella maneja las 14 necesidades por lo cual su visión es mas clara para brindar los cuidados que requieren los usuarios.

En este proceso de enfermeria, se recolecto información de datos de parte de la usuaria, de las personas que la cuidan y de su familiar para la validación de los mismos. Una vez realizada la valoración y dándonos cuenta, cuales son las necesidades que se veían afectadas, se establecieron diagnósticos, priorizando y valorando el grado de dependencia e independecia que presentaba, de este modo se obtuvieron los objetivos que se tenían que cumplir para la recuperación de la paciente.

En base a los diagnósticos realizados, se planearon una serie de actividades, donde se brindaron los cuidados constantes a la usuaria y orientación al personal cuidador, para el logro de los objetivos planteados.

Las intervenciones que se llevaron a cabo se evaluaron obteniendo los resultados deseados.

# **CAPITULO 1**

## **1. INTRODUCCION**

El presente trabajo, trata de un proceso de enfermería realizado a un adulto mayor, en el cual se describe lo que es meramente el proceso enfermero y sus etapas, la metodología, el marco teórico en el cual se habla brevemente de la patología que presenta la paciente, los cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados en la etapa de la vida en la que se encuentra. Además de mencionar la teórica con la cual se trabajo. El modelo en el cual me base fue en el de Virginia Henderson, ya que ella maneja las 14 necesidades por lo cual su visión es mas clara para brindar los cuidados que requieren los usuarios.

En este proceso de enfermeria, se recolecto información de datos de parte de la usuaria, de las personas que la cuidan y de su familiar para la validación de los mismos. Una vez realizada la valoración y dándonos cuenta, cuales son las necesidades que se veían afectadas, se establecieron diagnósticos, priorizando y valorando el grado de dependencia e independencia que presentaba, de este modo se obtuvieron los objetivos que se tenían que cumplir para la recuperación de la paciente.

En base a los diagnósticos realizados, se planearon una serie de actividades, donde se brindaron los cuidados constantes a la usuaria y orientación al personal cuidador, para el logro de los objetivos planteados.

Las intervenciones que se llevaron a cabo se evaluaron obteniendo los resultados deseados.

## 1.1 JUSTIFICACION

En la actualidad la practica de enfermería, deja mucho que desear en el trato humanista en cuanto al paciente geriátrico, al observar nos damos cuenta que el personal de enfermería atiende al adulto mayor de una forma rutinaria y algunas veces de manera mecánica, al menos aparentemente, esto quiere decir que se deshumaniza en la atención. Ya que a la mayoría de los ancianos se les ve como una carga de trabajo más pesada, por sus condiciones de deterioro físico, mental y social, además de ser un grupo que requiere mayor atención y cuidado por parte de la familia y de los profesionales de enfermería.

Por tal motivo este trabajo se realiza, para contribuir a crear conciencia a los profesionales de enfermería, y reforzar de alguna manera el conocimiento de brindar cuidados de forma holística a los ancianos, esto implica mirar, sentir, y actuar respecto al proceso de envejecimiento.

Otro aspecto importante, es la aplicación del proceso de enfermería, en este grupo de población, basándome en las manifestaciones del mismo, rebasando lo técnico y rutinario, y ver al paciente senil como un ser integral desde los diferentes enfoques del pensamiento enfermero, aplicando el método científico.

Me satisface el tema a realizar, por el hecho de estar trabajando con una paciente geriátrica, con el fin de poder brindar cuidados de enfermería de una forma humanista, siguiendo los pasos del proceso enfermero, y demostrar que el cuidado de la salud, es la esencia de la profesión de enfermería.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Otorgar un cuidado holístico, basándome en las necesidades que se encuentran alteradas en la usuaria, y determinar el plan de cuidados a realizar para recuperar el estado de salud de la paciente. Además de proporcionar capacitación al personal cuidador que le permitan a la usuaria mejorar su calidad de vida.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Realizar la valoración de enfermería en la paciente, en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, la cual permite valorar al usuario en sus diferentes aspectos en los cuales el personal de enfermería logra intervenir, y poder lograr una atención holística.
- ❖ Elaborar diagnósticos enfermeros, los cuales me permitan establecer un juicio clínico, de tal manera que pueda priorizar tanto en un diagnóstico real, de riesgo y problema interdependiente lo afectado en cada necesidad, para así mismo tomar la decisión correcta de la ejecución de los cuidados.
- ❖ Formular un plan de cuidados en el cual, las actividades programadas se lleven a la práctica con seguimiento continuo y por último permitir evaluar la mejoría de la usuaria.

### **1.3 METODOLOGIA**

El presente trabajo se realizara en cuatro etapas. La primera será la selección del paciente, la cual es una usuaria que se esta tratando ya desde hace tiempo, y que cursa con la patología de insuficiencia cardiaca mas demencia senil.

La segunda es aplicando la metodología del proceso enfermero que consiste en sus cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que permiten sistematizar los cuidados y priorizar las necesidades que presenta el usuario y evaluar el progreso del mismo, hacia el logro de los objetivos establecidos.

La tercera, se inicia la valoración que es la primera etapa del proceso enfermero, basada en la guía de las 14 necesidades de Virginia Henderson se complemento con las escalas geriátricas; el Minimental, que evalúa de forma breve, funciones como: orientación, atención, calculo, memoria; la de KATZ, que evalúa las actividades básicas de la vida diaria; la de LAWTON, hace referencia a las actividades instrumentadas de la vida diaria; la escala de TINNETI, que evalúa marcha y balance y por ultimo la escala de Depresión Geriátrica (GDS), que permite identificar la presencia de signos de depresión.

Además de la recogida de datos, se obtendrá de dos fuentes directa e indirecta:

#### **1) FUENTE DIRECTA**

Esta se realizara con el paciente, a través de la entrevista y la exploración física, con el propósito de recopilar datos objetivos y subjetivos.

#### **2) FUENTES INDIRECTAS**

Se efectuara por medio de la familia, para obtener datos relevantes, así como el personal que labora con ella, además de libros, revistas médicas y expertos.

## **VALIDACION DE LA INFORMACION**

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos, de esta manera se consulta con el familiar o personal cuidador para determinar si no hay errores en la información obtenida. Así se evitaran interpretaciones erróneas u omitir algún dato de importancia durante la entrevista.

## **REGISTRO DE LOS DATOS**

Ultimo pasó en el cual se registraran los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

La cuarta, se elaboraran los diagnósticos enfermeros con base a un análisis de la información obtenida y con exactitud al interpretar los complejos datos clínicos, para emitir un juicio critico sobre el estado del salud del usuario.

La quinta, en esta se realizara la planificación y la ejecución, la primera se realizara mediante la priorizacion de las necesidades del usuario y establecer acciones encaminadas mejorar y conservar la salud, junto con la colaboración de la familia y personal cuidador.

La segunda, es llevar a la práctica el plan de las intervenciones en el logro de los objetivos establecidos, mediante los cuidados de enfermería, así como de su familia y personal cuidador.

Por ultimo dar una conclusión de la importancia del proceso enfermero y los beneficios de su aplicación con el paciente.

## **CAPITULO 2. MARCO TEORICO**

### **GENERALIDADES DE ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA Y PROCESO ENFERMERO**

#### **2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA**

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.

Estas afirmaciones nos conducen a un sistema histórico de referencia, en el que, como apunta, Colliere, las “Enfermeras/os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus practicas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.”<sup>1</sup>

La significación de los cuidados es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables, sin relegar las adaptaciones coyunturales oportunas. Ahora bien, este planteamiento, aun siendo necesario, no es suficiente, ya que por si mismo no supondría CONOCIMIENTO HISTORICO ENFERMERO alguno, proporcionándonos tan solo una cierta seguridad, casi intuitiva, sobre nuestro pasado. Así como lo apunta Domínguez Alcon, en este momento forma parte de nuestro quehacer como enfermeras el intentar iluminar, a la luz de la historia, el contenido propio de nuestra disciplina, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado, como, donde, porque y para que. En conclusión aprender nuestra existencia como pensadores y hacedores de cuidados de enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones.

---

<sup>1</sup> Dr. Francisco Barne de Castro, Antología Tomo I, Fundamentos de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997 Pág. 15

## **2.2 LOS ORIGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, Ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de este modo, luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Es decir, hace millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aun menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarse todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

### **CUIDADOS DE SUPERVIVENCIA LAS PRACTICAS DE LAS MUJERES CUIDADORAS.**

El origen de las prácticas de los cuidados debemos, pues buscarlo en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas.

En este sentido, debemos señalar que las diferencias y peculiaridades biológicas, determinaran la participación y el reparto de las actividades en el seno de las comunidades prehistóricas: esto nos indica que la actividad de cuidar estará ligada, en un principio, alas peculiaridades biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad que se Irán perfilando paulatinamente, hasta concretarse en tareas asignadas por la comunidad.

Así pues, las principales responsabilidades femeninas serán:

- El mantenimiento del fuego y los secretos en cuanto a la preparación de alimentos
- El cuidado de los gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamiento que garanticen la continuidad de la especie y de la vida.
- Recolección de vegetales que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus prioridades.

De este modo el saber empírico que se va configurando mediante la praxis de las tareas asignadas establece el valor social de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades prehistóricas.

### **DETERMINACIÓN DEL VALOR SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE SUPERVIVENCIA.**

- Economía de subsistencia
- Diferencia y Peculiaridades Biológicas
- Asignación de Tareas
- Mujer-Fecundidad
- El mantenimiento del Fuego
- Cuidado de Gestantes, partos prole
- Recolección de vegetales, Selección Preparación

## 2.3 ETAPAS HISTORICAS DEL CUIDADO

### **Etapa Domestica**

El concepto de ayuda a los demás esta presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc. Lo que no esta tan claro es que lo que denominamos el cuidado de enfermería aparezca con el hombre, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo es nuestra convicción que son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.

Esta etapa de los cuidados se denomina domestica, por ser la mujer encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.<sup>2</sup>

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal para transmitir bienestar.

### **Etapa Vocacional**

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyo la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que impero se determino por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia de todo poderoso; el que sufre es el elegido por Dios.

Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran

---

<sup>2</sup> García Martín Catalina. Martínez Martín Maria Luisa, Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, 5 Edición, Editorial Harcourt, España 2001 Pág. 15

las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

Naturalmente la practica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

### **Etapa Técnica**

Esta etapa es desarrollada en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad.

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención medica, que se produjo lentamente desde el renacimiento, tuvo el exponente mas claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centro en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento.

El saber medico se enfoco hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y, alrededor de los enfermos, fueron apareciendo instrumental y aparataje cada vez más complejos. Se fomento realmente la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnostica y curativa dentro de los hospitales, pasando a ser instituciones el único dispositivo asistencial.

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, en algunos casos referidas a pruebas diagnósticas (análisis, medición de signos vitales, etc.).

De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se las denomino personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos.

### **Etapa Profesional**

Dentro de nuestro cambiante mundo actual probablemente sea el de salud uno de los conceptos que ha sufrido una mas profunda transformación, fruto de la evolución de la comunidad humana en materia económica, social y política.

Efectivamente desde el enfoque de salud como ausencia de la enfermedad se ha pasado a un concepto más completo entendiendo la salud como un proceso integral y no como un estado.

Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

En consecuencia las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.<sup>3</sup>

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas.

Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas que incluyen en la universidad. En definitiva, se inicia la etapa de la enfermería profesional.

## **2.4 PROCESO DE ENFERMERIA**

### **2.4.1 Antecedentes históricos**

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar, el proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y

---

<sup>3</sup> García Martín Catalina. Martínez Martín María Luisa, Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, 5 Edición, Editorial Harcourt, España 2001 Pág. 20

evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.<sup>4</sup>

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976), añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de enfermería.

#### **2.4.2 DEFINICION**

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro, 1999).

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.<sup>5</sup>

Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de

---

<sup>4</sup> P. W. Lyer. B.J. Tapich. D.Bernochi, Proceso y Diagnostico de Enfermeria, 3 Edición, Editorial Mc Graw Hil Interamericana, México 1997 Pág. 9

<sup>5</sup> P. W. Lyer. B.J. Tapich. D.Bernochi, Proceso y Diagnostico de Enfermeria, 3 Edición, Editorial Mc Graw Hil Interamericana, México 1997 Pág. 10

bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando el máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

### 2.4.3 Características del Proceso Enfermero

Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación).

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

Es **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; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuarios(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

### 2.4.4 OBJETIVO DEL PROCESO ENFERMERO

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el

proceso de enfermería. Estos ayudan al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

## **BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA**

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas 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 humana.

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.<sup>6</sup>

## **2.5 VALORACION**

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería. La importancia de esta fase del proceso de enfermería se ha tratado de forma específica en las directrices de atención publicadas por la Asociación de Personal de Enfermería Americana.

La primera directriz define la necesidad de que la recogida de datos, se establezcan prioridades entre los datos según las necesidades del cliente; los datos se

---

<sup>6</sup> Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero Ediciones Cuellar, Pág. 31

reúnan mediante las técnicas adecuadas; se haga participar en la recogida a los clientes, a los seres queridos ya los prestadores de atención sanitaria, cuando este indicado; la recogida sea el resultado de un proceso sistemático y continuo, y que los datos estén documentados de forma recuperable.

## **TIPOS DE DATOS**

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

### **DATOS SUBJETIVOS**

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo.

Estos datos se obtienen durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre si mismo y sobre su estado de salud del cliente, algunos ejemplos; son las descripciones que hace el cliente del dolor, la debilidad, la frustración, las nauseas o el desconcierto.

### **DATOS OBJETIVOS**

Consisten en información observable y mensurable. Habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto), durante la exploración física del cliente. Un ejemplo de de datos subjetivos son los signos vitales, la presencia de edema y el peso.

### **DATOS HISTORICOS**

Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del cliente y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual del cliente. Algunos datos históricos pueden ser hospitalización o cirugía previas, enfermedades crónicas.

## **DATOS ACTUALES**

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, algunos ejemplos son; tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

### **2.5.1 METODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS**

#### **Entrevista**

La entrevista tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de enfermería:

1. Le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
2. Facilita su relación con el cliente creando una oportunidad para el diálogo.
3. Permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
4. Le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

La entrevista de enfermería es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas.

#### **Observación**

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos: vista, olfato, oído y sensibilidad.<sup>7</sup>

#### **Exploración Física**

- ❖ El tercer método principal en la recogida de datos durante el proceso de valoración es la exploración física. El objetivo de la exploración física del médico es el diagnóstico de la enfermedad.

---

<sup>7</sup> Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero Ediciones Cuellar, Pág. 56

Durante la exploración se utilizan cuatro técnicas concretas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- 1. Inspección:** Se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales, es un tipo de observación enfocado en conductas o características específicas. La inspección es también más sistemática y detallada que la observación, ya que define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- 2. Palpación:** Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, esta técnica le permite evaluar, tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- 3. Percusión:** Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo a los dedos para provocar sonidos, esto permite determinar, tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. La percusión directa se produce cuando golpea a percute la superficie del cuerpo directamente con uno o más dedos de una mano.
- 4. Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede utilizar la auscultación directa solo con el oído, para detectar sonidos como el jadeo. Sin embargo por lo general para detectar sonidos de forma indirecta, utilizando un estetoscopio. Esta técnica se utiliza con mayor frecuencia para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales. Les permitirá identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

### **2.5.2 VALIDACION DE LA INFORMACION**

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de datos es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera, que recolecte aquellos datos en los que no este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

## **REGISTRO DE LA INFORMACION**

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son; favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación de enfermería.

## **2.6 DIAGNOSTICO**

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al requerir procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata

independientemente, siendo ella la responsable del logro del logro del resultado deseado.<sup>8</sup>

### 2.6.1 TIPOS DE DIAGNOSTICOS

- ❖ **REAL:** Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante procesos de la vida.
- ❖ **DE ALTO RIESGO:** Es un juicio clínico acerca de la vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.
- ❖ **DE BIENESTAR:** Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel mas elevado.

### ESTRUCTURACION DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

**REAL:** Se conforma de tres partes; *problema+factores relacionados y datos objetivos y subjetivos*. El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología) cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/ sintomatología, son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras *RELACIONADO CON*, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *MANIFESTADO POR*.

**DE ALTO RIESGO:** Se emplean únicamente dos partes: *Problema+factores de riesgo*, ya que no existen datos objetivos y subjetivos. Los factores de riesgo son

---

<sup>8</sup> Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero Ediciones Cuellar, Pág. 55

aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

**DE BIENESTAR:** Para la formulación de los diagnósticos de bienestar o salud, estos únicamente llevan solo el elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las *palabras* “*potencial de aumento o potencial de mejora de*”.

## 2.7 PLANEACION

En esta fase, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería.

La fase de planificación consta de cuatro etapas:

- 1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados:**  
Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.
- 2. Elaboración de objetivos, fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas:** Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito en un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras.
- 3. Desarrollo de intervenciones de enfermería, escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos:** Las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los

factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

- 4. Documentación del plan, registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados:** Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

## **2.8 EJECUCION**

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente.

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por cliente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación
2. Intervención
3. Documentación

## **PREPARACION**

- ❖ Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración.

- ❖ Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- ❖ Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- ❖ Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- ❖ Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- ❖ Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación; tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

## **INTERVENCION**

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

## **DOCUMENTACION**

El registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en la calidad de documento legal permanece del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de enfermería; mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

## **2.9 EVALUACION**

Es la última fase del proceso enfermero, se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería.

La evaluación se lleva a cabo planteando las siguientes preguntas:

1. ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
2. ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
3. ¿La formulación de los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes fue acertada?
4. ¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
5. ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos: identificar las variables que afectan es decir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.<sup>9</sup>

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe de revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y la familia.

---

<sup>9</sup> Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero Ediciones Cuellar, Pág. 93

## **CAPITULO 3. MARCO TEORICO**

### **MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON Y TEORICAS DE IMPORTANCIA HISTORICA**

#### **3.1 BIOGRAFIA**

Virginia Hernderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Henderson estudio en Virginia. Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería.

En 1918, ingreso en la Army School of Nursing de Washington DC, y se graduó en 1921. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después, entro en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde se licencio como profesora de enfermería y donde posteriormente realizó un master. En 1929, trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Regreso al Teachers College como profesora en 1930 y trabajo allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Su libro *The Nature of Nursing*, publicado en 1966, describe el concepto que Henderson tenia de la función única y primaria de la enfermería.

Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora *Honoris causa* en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Christiane Reimann que se concedió. Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

#### **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo.

La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora:

Consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo mas rápidamente posible.<sup>1</sup>

Encontramos de nuevo en esta definición y en la obra de Henderson conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

### 3.2 POSTULADOS

Aquí descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo mas rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicitados de la siguiente manera:

- ❖ **Necesidad Fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.
- ❖ **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- ❖ **Dependencia:** No satisfacción de una o de varias necesidades del ser humano por las acciones que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ❖ **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- ❖ **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de las necesidades.

---

<sup>1</sup> I. Riopelle, I. Grondin, M. Phaneuf. Cuidados de Enfermería. Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Primera Edición, 1993 pag. 352

## **VALORES**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. Si nos referimos al ejercicio de la profesión enunciado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

## **ELEMENTOS MAYORES**

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson, los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

**Objetivo:** Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

**Cliente:** Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial.

### **3.3 LAS 14 NECESIDADES BASICAS QUE IDENTIFICO HENDERSON SON:**

1. Respirar Normalmente
2. Beber y comer adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

### **3.4 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES**

#### **ENFERMERIA**

Henderson definió en términos funcionales. Afirmando la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermero, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.<sup>2</sup>

#### **SALUD**

Henderson menciona muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba, es más importante la calidad de salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de su satisfacción en la vida.

#### **ENTORNO**

Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

---

<sup>2</sup> Ann Marner Toney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial Mosby, Madrid España, 2003, Pág. 108

## **PERSONA**

Individuo que necesita ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

### **3.5 TEORIAS DE LA ENFERMERIA DE IMPORTANCIA HISTORICA**

#### **HILDEGARD E. PEPLAU (1950)**

##### **ENFERMERIA PSICODINAMICA**

Se le considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Fue la promotora de los estándares profesionales y la regulación mediante la otorgación de credenciales. Introdujo el concepto de práctica avanzada de enfermería, fue profesora de enfermería psicodinámica, y puso de relieve la importancia de la capacidad de la enfermera para comprender su propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. Identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera-paciente:

1. Orientación
2. Identificación
3. Explotación
4. Resolución

Utilizó el modelo psicológico para desarrollar su Teoría de las Relaciones Interpersonales. Se considera que el trabajo de Peplau es una teoría para la práctica de la enfermería.

#### **ERNESTINE WIEDENBACH (1963-1970)**

##### **EL UTIL ARTE DE LA ENFERMERIA CLINICA**

Se concentro en el arte de la enfermería y se centro en las necesidades del paciente. La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Wiedenbach especificó los cuatro elementos siguientes:

1. Filosofía
2. Objetivo
3. Práctica
4. Arte

## **LYDIA HALL (1960)**

### **INTROSPECCION, CUIDADO Y CURACION**

Propuso que las funciones de enfermería son diferentes, utilizando tres círculos entrelazados para representar aspectos del paciente. Llamo a los círculos cuerpo (cuidado), enfermedad (curación) y persona (esencia).

Las enfermeras desempeñan sus funciones en los tres círculos, pero en grados diferentes.

## **JOYCE TRAVELBBE (1970)**

### **RELACION HUMANA**

Travelbbe propuso su Teoría de la Relación entre Seres Humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*. Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con:

1. El encuentro original
2. Identidades emergentes
3. Sentimientos progresivos de empatía
4. Solidaridad
5. La enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase

El énfasis de Travelbbe en el cuidado puso de relieve la empatía, la solidaridad, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería.<sup>3</sup>

## **EVELYN ADAM (1980)**

### **MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERIA**

Es una enfermera canadiense que empezó a publicar a mediados de la década de 1970. Gran parte de su trabajo se centra en modelos y teorías evolutivos sobre el concepto de enfermería. Utiliza un modelo que aprendió de Dorothy Jonson.

---

<sup>3</sup> Ann Marner Toney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, Sexta Edición, Editorial Mosby, Madrid España 2007, Pág. 59

## **FLORENCE NIGHTINGALE**

Se orienta a la interacción que hay entre el entorno y el paciente, además menciona que la enfermedad es un proceso de preparación y que la manipulación del entorno del paciente podría beneficiar dicho proceso y la salud del paciente. Los importantes trabajos de Florence Nightingale sirvieron para diferenciar los servicios domésticos de las actividades de enfermería, centrándose siempre en la importante relación que hay entre el paciente y su entorno.

## **DOROTEA OREM**

Definió el auto cuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio a la humanidad. Su interés por satisfacer las necesidades del individuo, las acciones para mantener la salud o reestablecerse de la enfermedad mediante la creación de una teoría general compuesta por 3 subteorías relacionadas entre si: teoría del auto cuidado, del déficit del auto cuidado y de los sistemas de enfermería, en base a estas se determina el grado de ayuda que necesita el paciente.

## **MARTHA E. ROGERS**

Describe al ser humano como un ser humano unitario y su entorno como lo puntos mas importantes para la enfermera, además de que menciona que enfermería es una disciplina científica que tiene todas las cualidades para serlo.

## **DOROTHY E. JONSON**

Desarrollo el modelo del sistema conductual para la práctica, la educación y la investigación de enfermería. , y menciona que los problemas de enfermería se deben a desordenes en la estructura o el funcionamiento de los subsistemas del sistema o a que al nivel del funcionamiento conductual es inferior al deseado.

## **BETTY NEWMAN**

Desarrollo el primer modelo educativo-practico para la salud mental. Newman propone que la enfermera realice intervenciones con un fin especifico y que mantenga un enfoque de la persona en su totalidad para ayudar a los individuos, las familias y los grupos a reestablecer su bienestar y conservarlo, da un enfoque a la persona en su totalidad.

## **IMOGENE KING**

Ella creía que las percepciones, los juicios y las acciones del paciente y la enfermera provocan una reacción, una interacción y una transacción lo cual describe como el proceso de enfermería, en la que la enfermera y el paciente juzgan la situación que se traducirá en acciones, reacciones, interacciones y transacciones.

## CAPITULO 4. PATOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

### 4.1 CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, deletéreo, progresivo e irreversible, que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto en su medio interno como al medio ambiente externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y que lleva inevitablemente como destino final la muerte.<sup>1</sup>

Es muy difícil dar una definición exacta ya que no hay relación entre la edad cronológica y la edad biológica; Sin embargo se han considerado como fines de clasificación tres periodos que abarcan las distintas etapas.

- ❖ Periodo de prevejez: De los 45 a los 60 años, es cuando la persona madura sufrirá una serie de cambios de tipo fisiológico en su organismo que si son realizados en forma adecuada le permitirán pasar a los otros periodos conservando sus facultades y capacidades prácticamente integra y libres de enfermedades; es la prevención de los trastornos de la vejez.
- ❖ Senescencia o vejez verdadera: Los 60 a los 74 años, es aquel en el cual se presentan la mayoría de las enfermedades dichas propias de la vejez que no son propias ya que pueden presentarse en otras edades, solo que en los viejos tienen una expresión muy particular y una evolución muy especial; el curso de estos padecimientos puede modificarse en forma favorable con tratamientos adecuados.
- ❖ Senilidad o vejez-ancianidad: De los 75 años en adelante, hasta terminar en la decrepitud. Aquí los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar a un extremo irremediable, sin embargo, se puede intentar detenerlas en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación.

---

<sup>1</sup> Dr. J. Gonzalez Aragon G, Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, “Aprendamos a Envejecer Sanos”, 4 Edición, México, 1997, Pág. 23

**CAMBIOS FISICOS:** Estos tipos de cambios son los más evidentes, basta con levantarse en la mañana y mirarse al espejo para darse cuenta del proceso de envejecimiento, de pérdida de la “juventud”

Corresponde mencionar a continuación, de manera sucinta, los principales cambios observados a nivel físico en los ancianos:

- **Problemas de irrigación sanguínea:** la caja torácica se vuelve más rígida, lo que se traduce en una disminución de la capacidad respiratoria y las consecuentes fallas en el sistema respiratorio del sujeto; además, disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial, disminuye el suministro de sangre a todo el organismo en general debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.
- **La sexualidad:** las glándulas sexuales se atrofian, disminuye en las mujeres el nivel de estrógenos circulantes, con la consecuente disminución de lubricación vaginal que entorpece el acto sexual; en el hombre, se hace más difícil la erección y la eyaculación precoz se hace más frecuente.
- **Los sentidos:** respecto al plano funcional de los procesos sensoriales, el sentido de la visión y de la audición son los que se deterioran antes, lo que significa una limitación de sus funciones. Los demás sentidos también se ven afectados, pero de manera menos intensa.
- **Aspectos externos o estéticos:** se acentúa la canicie, la calvicie, la piel se hace más friable, lo que aumenta la cantidad de arrugas; hay cambios en la postura, lo que se traduce en una disminución en el tamaño del individuo, la fuerza muscular y la velocidad de reacción también disminuyen; se produce acumulación de tejido graso en determinados sectores del cuerpo. Se observa también atrofia muscular, caída de dientes.

**CAMBIOS PSICOLOGICOS:** Pudieran ser, la falta de aceptación personal de los cambios físicos, e integrarlos como una nueva forma de vivir con ellos influyendo de alguna manera en el estado de ánimo.

Por otro lado la influencia familiar y social es muy importante puesto que la familia puede hacer sentir al adulto mayor como inútil, que ya no es apto para realizar

actividades, y esto hace que la persona se sienta incapaz y en ocasiones caiga en depresión, socialmente también el hecho de jubilar a una persona y negarle la oportunidad de seguir trabajando influye en forma importantísima en su estado de ánimo y autoestima.

## 4.2 INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca, es un síndrome clínico en el que anomalías de la estructura o la función del corazón, originan la incapacidad de esta víscera para expulsar o llenarse de sangre a una velocidad congruente con las necesidades de los tejidos en pleno metabolismo.<sup>2</sup>

Aunque la insuficiencia cardíaca implica el fracaso de la función de bomba del corazón, sus manifestaciones clínicas dependen de la repercusión hemodinámica que determina en otros órganos.

La insuficiencia cardíaca es un grave problema de salud pública, en los países industrializados. La insuficiencia es mas frecuente en los ancianos, y por ello su prevalencia quizá siga en aumento conforme una gran fracción de la población envejezca.

La insuficiencia cardíaca puede ser causada, por algún defecto en la contracción del miocardio, la cual conviene usar el termino insuficiencia del miocardio. La insuficiencia cardíaca también suele ser consecuencia de aterosclerosis coronaria, que interfiere en la contracción del corazón al originar infarto e isquemia del miocardio; también puede surgir en casos de cardiopatía congénita, valvulopatias y por hipertensión, en que el miocardio es lesionado por la sobrecarga hemodinámica de larga duración.<sup>3</sup>

La insuficiencia cardíaca puede ser secundaria a disfunción diastólica que cursa con alteración de la distensibilidad ventricular o a disfunción sistólica secundaria a la pérdida de la función contráctil del corazón. En la disfunción diastólica existe una alteración de la relajación ventricular que dificulta el llenado ventricular; ello conlleva un aumento súbito de la presión intraventricular con acortamiento de la fase de llenado rápido.

La insuficiencia cardíaca puede ser aguda o crónica. El prototipo de la *insuficiencia cardiaca aguda* lo ofrecen la rotura valvular (mitral o aórtica) o el infarto de miocardio, mientras que la *insuficiencia cardiaca crónica*, observada comúnmente, es la que

---

<sup>2</sup> Tinsly R. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16 Edición, Editorial Mc Graw Hill, Pág. 1514

<sup>3</sup> Tinsly R. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16 Edición, Editorial Mc Graw Hill, Pág. 1514

desarrollan los pacientes con valvulopatía reumática. Con el descenso del gasto cardíaco se activan una serie de mecanismos denominados de compensación, de manera que aún con una afección importante de la capacidad contráctil del corazón puede mantenerse un gasto cardíaco normal, al menos en reposo. Cuando estos mecanismos fracasan aparecen los síntomas clínicos congestivos (disnea y otros) característicos de la insuficiencia cardíaca. En fases avanzadas, cuando llega a reducirse el gasto cardíaco basal, se producen otras manifestaciones clínicas como la fatiga.

#### **4.2.1 CAUSAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA**

La insuficiencia cardíaca puede surgir como consecuencia de muchas formas de cardiopatías. Al valorar a personas con insuficiencia cardíaca, es importante no solo la causa subyacente o primaria si no también la desencadenante. A menudo surgen por primera vez las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca en el transcurso de una alteración aguda que impone cargas adicionales al miocardio, el corazón en este caso puede establecer compensaciones adecuadas en circunstancias normales, pero tiene escasa reserva adicional y por ello cualquier carga agregada, que le impone alguna causa desencadenante, deteriora todavía más su función. Las 10 causas desencadenantes más comunes de la insuficiencia cardíaca son:

1. Infección
2. Arritmias
3. Excesos físicos, dietéticos, líquidos, ambientales y emocionales.
4. Infarto de miocardio
5. Embolia pulmonar
6. Anemia
7. Tirotoxicosis y embarazo
8. Agravamiento de la hipertensión
9. Miocarditis vírica y otras formas
10. Endocarditis infecciosa

#### **4.2.2 FORMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA**

La insuficiencia cardíaca se puede describir como sistólica y diastólica, con gasto elevado o bajo, aguda o crónica, derecha o izquierda y anterograda o retrograda.

#### **SISTOLICA Y DIASTOLICA**

La diferencia entre las dos formas de insuficiencia cardíaca depende de si la anomalía principal es la incapacidad del ventrículo de contraerse normalmente y expulsar suficiente sangre (insuficiencia sistólica), o para relajarse y llenarse en forma normal (insuficiencia diastólica).

#### **GASTO BAJO Y GASTO ALTO**

La insuficiencia cardíaca de bajo gasto, es consecuencia de cardiopatía isquémica, hipertensión, miocardiopatía dilatada, valvulopatías y enfermedad pericárdica.

El gasto alto se observa en personas con menor resistencia vascular sistémica es decir, la causada por hipertiroidismo, anemia, embarazo, fístulas arteriovenosas.

#### **AGUDA O CRONICA**

Insuficiencia cardíaca aguda, son la rotura repentina de una valva cardíaca como consecuencia de traumatismo, endocarditis infecciosa o infarto masivo del miocardio en una persona que no tenía disfunción cardíaca. En la insuficiencia cardíaca aguda la disminución del gasto cardíaco suele culminar en hipotensión sistémica sin edema periférico.

#### **DERECHA- IZQUIERDA**

Muchas manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca son consecuencia de la acumulación de líquido en dirección proximal (detrás) con respecto a los ventrículos inicialmente afectados, por ejemplo, las personas con sobrecarga hemodinámica del ventrículo izquierdo, como el caso de la insuficiencia aortica o debilitamiento de esa cavidad por perdida de miocitos como ocurriría después del infarto al miocardio, terminan por mostrar disnea y ortopnea como consecuencia de la congestión pulmonar, cuadro conocido como *insuficiencia cardíaca izquierda*.

Cuando la anomalía primaria afecta predominantemente el ventrículo derecho, como sería el caso de hipertensión pulmonar primaria que es consecuencia de trombo embolia pulmonar crónica, los síntomas que resultan de la congestión pulmonar son

poco comunes y destacan el edema, hepatomegalia congestiva y distensión venosa sistémica, es decir manifestaciones clínicas de la *insuficiencia cardiaca derecha*.

#### **RETROGRADA-ANTEROGRA**

El concepto de insuficiencia cardíaca retrograda, plantea que en la insuficiencia uno u otros ventrículos no vaciarían su contenido o no se llenarían normalmente. Como consecuencia aumentan las presiones en la aurícula y sistema venoso por detrás del ventrículo en insuficiencia en sentido proximal, y aparecen retención de sodio y de agua como consecuencia del incremento de la presión venosa y capilar sistémica y el trasudado del líquido al interior del espacio intersticial pulmonar o sistémico.

Insuficiencia cardíaca anterograda, sostienen que las manifestaciones clínicas de insuficiencia cardíaca son resultado directo del vaciamiento inadecuado de la sangre en el árbol arterial. Según dicho concepto, la retención de sodio y agua es consecuencia del menor riego de los riñones y de la resorción excesiva de sodio en tubulos proximal y distal, esta ultima por activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

#### **4.2.3 MANIFESTACIONES CLINICAS D ELA INSUFICIENCIA CARDIACA**

- Disnea
- Ortopnea
- Disnea paroxística (nocturna)
- Respiración de cheyne-stokes
- Fatiga
- Estertores pulmonares
- Edema cardiaco
- Hepatomegalia
- Caquexia
- Ictericia

#### **4.2.4 DATOS DE LABORATORIO**

- **Biometría hemática:** Suele revelar anemia, una causa de insuficiencia de gasto alto, y un factor exacerbante de otros tipos de disfunción cardiaca.
- **Las pruebas de función renal:** Determinan si la insuficiencia cardiaca se relaciona con azoemia prerrenal.
- **Los electrolitos sericos:** Muestran hipopotasemia, que aumenta el riesgo de arritmias.

- **La función tiroidea:** Debe evaluarse para con el fin de detectar tirotoxicosis o mixemeda ocultos.

#### 4.2.5 DATOS DE GABINETE

- **Electrocardiograma:** Puede señalar una arritmia de fondo o secundaria, infarto del miocardio, o alteraciones no específicas que con frecuencia incluyen voltaje bajo, defectos de conducción intraventricular, hipertrofia ventricular izquierda y cambios inespecíficos de repolarización.
- **Radiografías del Tórax:** Muestran el tamaño y la silueta cardíaca, la cardiomegalia es un dato importante, la evidencia de hipertensión venosa pulmonar incluye dilatación relativa de las venas de los lóbulos superiores, edema perivascular (borramiento de los bordes de los vasos) edema intersticial y líquido alveolar.
- **Ecocardiograma:** Revela la función y tamaño de ambos ventrículos y aurículas; también permitirá la detección del derrame pericárdico, anomalías valvulares, cortocircuitos intracardiacos.
- **Angiografía:** Mide la fracción de eyección ventricular izquierda y permite analizar el movimiento regional de la pared.

#### **4.2.6 TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento de la insuficiencia cardíaca es reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida y el pronóstico.

**REPOSO:** La limitación de la actividad física era uno de los pilares del tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Los beneficios del reposo físico y emocional derivan de la reducción de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, lo que disminuye la sobrecarga impuesta al corazón. En los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda es imperativo el reposo en cama hasta la mejoría. En la insuficiencia cardíaca crónica estabilizada el reposo se haya contraindicado.

**EJERCICIO:** Los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable suelen adaptar su actividad física a sus posibilidades. Actualmente se aconseja mantener un cierto nivel de ejercicio de forma habitual ya que mejora la perfusión periférica y la capacidad funcional del paciente. Es aconsejable caminar (3 a 5 veces por semana, unos 20 a 30 min.), siempre evitando los esfuerzos isométricos o extenuantes.

**TABACO:** También conviene suprimir el hábito tabáquico, ya que la nicotina aumenta las necesidades periféricas y miocárdicas de oxígeno.

**DIETA:** La reducción de peso del paciente obeso mediante dieta hipocalórica forma parte del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, puesto que el sobrepeso aumenta el trabajo del corazón. Por la misma razón debe reducirse el consumo de alcohol, que, además, es un tóxico miocárdico. La disminución de la ingesta de sal en los pacientes con insuficiencia cardíaca ligera puede mejorar sustancialmente los síntomas, en especial si se asocia a reposo en cama. En los casos de insuficiencia cardíaca grave el control de la ingesta de sodio ha de ser estricto, aun cuando se empleen de forma concomitante diuréticos.

#### **FARMACOS**

**INHIBIDORES DE LA ECA:** Estos fármacos se introdujeron en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca como vasodilatadores, ya que reducen la precarga, la poscarga y aumentan el gasto cardíaco sin aumentar la frecuencia cardíaca, pero pronto se vio que sus efectos beneficiosos más importantes eran su capacidad para atenuar la actividad del

sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como modular la liberación de noradrenalina y vasopresina.

El enalapril es el inhibidor de la ECA más utilizado y la dosis recomendada es de 20 mg/día. El captopril utilizado en el estudio SAVE tiene una vida media más corta y la dosis recomendada es de 25-50 mg/8 h.

**DIGITALICOS:** Ciertos glucósidos de las hojas de la digital y del estrofanfo se conocen clásicamente como tónicos cardíacos por su capacidad de mejorar la contractilidad miocárdica. Su acción sobre el corazón consiste en un aumento de la contractilidad y de la irritabilidad y en una disminución de la frecuencia cardíaca y de la conducción AV.

La digoxina que es el más empleado permite el control por vía oral de la mayoría de las situaciones en las que está indicado el tratamiento digitálico. En los ritmos supraventriculares rápidos y en el edema agudo de pulmón puede emplearse digoxina intravenosa. La pauta más empleada en el adulto es una dosis de saturación de 1,5 mg de digoxina en 48 h (un comprimido de 0,25 mg 4 veces/día), seguida de una dosis diaria de 0,25 mg.<sup>4</sup>

**DIURETICOS:** En la actualidad se dispone de una amplia gama de diuréticos y para su elección deben tenerse en cuenta la gravedad de la insuficiencia cardíaca y el estado electrolítico del enfermo.

**Tiazidas.** Son muy empleadas en razón de su eficacia por vía oral, que permite, al menos en la insuficiencia cardíaca ligera o moderada, menor rigidez en el control de la ingesta de sal. La *clorotiazida* y la *hidroclorotiazida* se absorben bien por vía oral y su acción, máxima a las 4 h, se prolonga hasta las 12 h de su administración.

**Furosemida.** Es el diurético más potente de que se dispone. A diferencia de los demás, no pierde su eficacia cuando se ha restaurado la volemia normal. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la reabsorción del ion cloro en el limbo ascendente del asa de Henle, aumentando la excreción de sodio y agua. Al contrario que las

---

<sup>4</sup> Farreras Rozman. Medicina Interna, 14 Edición, Editorial Harcourt, S.A 2000, sección 3 de cardiología.

tiazidas, aumenta el flujo renal y, al igual que ellas, inhibe débilmente la anhidrasa carbónica en el túbulo proximal. También puede causar hipopotasemia, hiponatremia, hiperuricemia e hiperglucemia.

**BLOQUEANTES BETA-ADRENERGICOS:** Durante años los bloqueantes beta-adrenérgicos estuvieron contraindicados en la insuficiencia cardíaca, debido a su acción inotrópica negativa. Tanto el metoprolol como el bisoprolol, que son bloqueantes beta-adrenérgicos cardioselectivos, han demostrado ser eficaces iniciados a dosis bajas de 25 mg/día el metoprolol y de 2,25 mg/día el bisoprolol. Los bloqueantes beta-adrenérgicos de primera generación, como el propranolol, se hallan contraindicados en la insuficiencia cardíaca ya que reducen el índice cardíaco y aumentan las resistencias periféricas.

**VASODILATADORES:** El objetivo del tratamiento vasodilatador en la insuficiencia cardíaca es la reducción de la precarga y de la poscarga, con el fin de disminuir la congestión venosa y aumentar el volumen minuto.

Del conjunto de fármacos vasodilatadores disponibles los más utilizados son: la *hidralazina*, como vasodilatador arterial; los *nitratos*, como vasodilatadores venosos, y los *inhibidores de la ECA* (ya comentados) y el *nitroprusiato*, como vasodilatadores mixtos.

### 4.3 DEMENCIA SENIL

La definición de demencia más ampliamente utilizada en la actualidad es la que establece el DSM-IV, según la cual se requiere que el paciente presente deterioro de la memoria a corto y largo plazo, más una alteración, como mínimo, en alguna de las siguientes áreas: pensamiento abstracto, juicio, lenguaje, praxis, reconocimiento visual, capacidad construccional o personalidad.

Estas alteraciones deben ser suficientemente graves para interferir en la actividad laboral, actividades sociales o vida de relación. Estos cambios no deben ocurrir, exclusivamente, durante el curso de un cuadro confusional agudo y debe existir evidencia de etiología orgánica o de que la alteración no pueda ser atribuida a una enfermedad mental "no orgánica" como la depresión.<sup>5</sup>

Los diferentes datos epidemiológicos indican que tanto la incidencia como la prevalencia de demencia guardan relación con la edad. Se puede estimar que el 6% de los individuos mayores de 65 años presentan demencia de grado grave y que hasta en el 10-15% es de intensidad leve o moderada. La prevalencia, en términos generales, se duplica cada 5 años después de los 65 años.

En cuanto a la incidencia, también se registra un aumento exponencial de las cifras en función de la edad. Se llegan a alcanzar cifras de incidencia del 10% en la población mayor de 95 años. Los diferentes subtipos de demencia se distribuyen de la siguiente forma: 50-60% por procesos neurodegenerativos, dentro de los cuales se incluyen la enfermedad de Alzheimer y la de cuerpos difusos de Lewy, 20-25% de perfil vascular y 10-15% de tipo mixto.

---

<sup>5</sup> Farreras Rozman, Medicina Interna, 14 Edición, Editorial Harcourt, S.A 2000, sección de cardiología

### **Existen 3 tipos:**

1. **Demencia senil atrófica y degenerativa:** Se caracteriza por una atrofia cerebral difusa con lesiones neuronales (placas seniles, degeneraciones vasculares y lesiones neurofibrilares). No se sabe a ciencia cierta la causa aunque estos mismos fenómenos aparecen en forma limitada en el envejecimiento. Se dice que hay un factor genético ya que existe un mayor riesgo de enfermarse cuando hay pacientes cercanos dementes, asimismo en gemelos; aunque la transmisión genética no ha sido esclarecida, una teoría postula una herencia que predispone al padecimiento. Otras teorías mencionan agotamiento del sistema inmune, errores del mecanismo molecular de la síntesis proteica, la acción de un virus lento, etc. La única que esta demostrada se refiere a una mayor alteración de los neurotransmisores cerebrales y del metabolismo cerebral que en el envejecimiento normal; se dice que la demencia corresponde a una versión amplificada en magnitud y consecuencias del envejecimiento normal, la demencia de este tipo no esta asociada a cambios vasculares. La demencia degenerativa puede ser: Demencia senil simple; Demencia senil tipo Alzheimer, esta ultima es la forma mas grave y en muchos casos el estado Terminal de las demencias.
2. **La demencia Vascular:** Se diferencia en que todas las lesiones son de origen vascular y el problema es en función del daño cerebral causado por trombosis, embolias y hemorragias, en estos casos la arterio y aterosclerosis juegan un papel muy importante.
3. **La demencia Mixta:** Es una combinación de lesiones atróficas degenerativas y vasculares en la que también encontraremos una combinación de síntomas correspondientes a ambas.<sup>6</sup>

#### **4.3.1 Cuadro Clínico**

Depende de la ubicación y extensión de las lesiones cerebrales, existen formas difusas que se asemejan a las demencias degenerativas y en otros casos las lesiones

---

<sup>6</sup> Dr. J. González Aragon G, Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, “Aprendamos a Envejecer Sanos”, 4 Edición, México, 1997, Pág. 295-296

cerebrales tipo hemorragia o infarto por su extensión y su localización determinan la prevalencia de ciertos síntomas como afasia, hemiplejía, trastornos motores, etc.

Los síntomas se manifiestan principalmente:

- ❖ Pérdida total de la memoria
- ❖ Desorientación en tiempo y espacio
- ❖ Dificultades en el lenguaje
- ❖ Dificultades en la elaboración de conceptos y en la integración mental
- ❖ Errores en el reconocimiento del cuerpo
- ❖ Merma general de las capacidades intelectuales

#### **4.3.2 Tratamiento**

En el síndrome demencial y la demencia todas las medidas deberán dirigirse ante todo a la prevención. Es importante para ello la conservación y estimulación de las actividades y habilidades del viejo propiciando la ayuda de la familia, comunidad y de los estímulos ambientales a través de diferentes técnicas de rehabilitación como la fisioterapia o la terapia ocupacional que permiten muchas veces conservar y aumentar las actividades y la autonomía de los viejos dementes.

La supervivencia de los pacientes desde el comienzo de la enfermedad es variable, pero en su transcurso se asiste a una pérdida progresiva de la función. Los pacientes afectados de un síndrome demencial están sujetos a diversos avatares propios de su grupo de edad, más el riesgo médico adicional que surge de la presencia de una enfermedad cerebral.

## **CAPITULO 5. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

### **5.1 VALORACION DE ENFERMERIA**

#### **DATOS GENERALES**

Nombre: M P M

Sexo: Femenino

Edad: 90 años

Escolaridad: Primaria

Estado Civil: Viuda

#### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

Desconocidos

#### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATLOGICOS**

Femenina de 90 años, viuda, primaria terminada, originaria de Guadalajara Jalisco, y residente de Zamora Mich. Católica. Casa de material, con los servicios básicos intradomiciliarios.

#### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

Fue intervenida quirúrgicamente, hace año y medio de un hematoma subdural en la cabeza, además de un cateterismo cardíaco. Alcoholismo y tabaquismo negados.

## **5.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES**

### **1.- Necesidad de Oxigenación**

No presenta dificultad para respirar, solo cuando presenta fibrilación auricular, (Arritmia). Su frecuencia y amplitud respiratoria se alteran.

Niega habito de fumar, presenta rinorrea de característica hialina y de producción constante.

La inspección se observa, expansión torácica completa, movimientos respiratorios lentos y profundos, con respiraciones continuas, en ocasiones con poco esfuerzo. Presenta Frecuencia respiratoria de 20 a 24 por minuto, y cuando presenta arritmia es de 26 a 33 por minuto. A la auscultación no presenta sibilancias ni estertores, campos pulmonares normales.

Su Frecuencia cardiaca es de 72 por minuto y varia en ritmo y frecuencia por las arritmias que presenta, Cuando presenta arritmia la frecuencia es de 86 a 90 o mas por minuto. Su presión arterial la maneja de 140/80 y suele alterarse en ocasiones debido a la fibrilación.

A la inspección se observa ligera palidez de tegumentos, presenta un llenado capilar de 3 segundos.

Es parcialmente dependiente, por falta de conocimientos sobre su estado de salud, cuando presenta mala postura, comienza con dificultad respiratoria.

### **2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Por lo regular su tipo de dieta es normal, es adecuada en cantidad y calidad consume; frutas 3/7, verduras 5/7, carnes rojas 3/7, pollo 4/7, pescado 3/7, cereales 2/7, pan 4/7. No tiene preferencia por algún alimento en especial. Numero de comidas al día son 3, ingiere de 2 a 3 vasos de agua al día, aunque puede variar, a veces toma 2 vasos de agua y 1 de jugo por las mañanas. No presenta ninguna molestia a la masticación y deglución, ya que cuenta con su dentadura completa.

A la inspección se observa escasez de panículo adiposo, abdomen globoso y en ocasiones con dolor a la palpación.

Turgencia de la piel disminuida, mucosas orales hidratadas. Características de las uñas; viejas, frágiles y sin brillo, las uñas de los pies; gruesas y curvas.

El cabello; bastante, bien implantado uniformemente con poca resequedad, sin presencia de pigmentación. Encías; sonrosadas y dentadura completa en presencia de caries. Movilidad física limitada. Su peso es de 33Kg y mide 1.50 Mtrs.

Es parcialmente dependiente, por lo cual se le dificulta en ocasiones alimentarse por si sola, esto va relacionado a su estado de salud.

### **3.- Necesidad de Eliminación**

Evacua 1 a 2 veces al día, las características de las heces son: de color marrón, su consistencia es dura a veces y otras pastosa con grumos, sin presencia de sangre ni moco en las heces.

Micciona 3 a 4 veces al día, la orina es de color amarilla, de olor penetrante, no presenta ardor, dolor, dificultad, sin presencia de sangre o pus.

A la inspección se observa abdomen con distensión abdominal, que a la palpación presenta dolor, con regularidad presencia de estreñimiento o diarrea cuando no existe buena absorción intestinal. A la auscultación presenta peristaltismo disminuido, y algunas veces acumulación de gases, es cuando presenta distensión abdominal.

No utiliza laxantes, se procura darle fibra para la digestión, y un poco de ejercicio, para que el peristaltismo aumente.

A la palpación de vejiga se encuentra normal, sin presencia de globo vesical.

Mary es parcialmente dependiente, esta necesidad esta relacionada con la de hidratación nutrición y movilidad, porque al no consumir suficiente fibra y por su limitación física es por ello que presenta problemas a la eliminación.

### **4.- Necesidad de Termorregulación**

Su departamento mantiene una temperatura templada, tiene muy buena ventilación e iluminación. Refiere malestar con el frío, su temperatura corporal es de 35.5 grados centígrados a 36 grados centígrados en la medición axilar, presenta escalofríos, sensación

de frío y de calor. Mary presenta sensación de bienestar al calor, sus actividades físicas son moderadas, la temperatura ambiental que le es agradable es la tibia.

A la palpación las extremidades inferiores se encuentran frías. Para mantener su temperatura corporal, utiliza ropa gruesa, toma líquidos calientes.

Mary en esta necesidad es parcialmente dependiente, ya que su mecanismo termorregulador se ve modificado por la edad, esto a su vez produce temperaturas bajas, otro factor que puede provocar este descontrol es la ansiedad que ella presenta.

### **5.- Necesidad de Movilidad y Postura**

Su actividad física es limitada, solo de estar acostada en la cama pasa al reposed, o a la silla de ruedas, para salir al corredor a tomar el sol y darle 2 a 3 vueltas.

El lugar donde vive, es un departamento, que cuenta con 3 recamaras, cocina, sala comedor, patio, 2 baños, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios

A la exploración física, en miembros superiores se observa ausencia de vello, piel con poca elasticidad arrugada y con presencia de impétigo. Puede realizar ejercicios de extensión, flexión, pulso radial presente. En miembros inferiores se encuentra escaso vello, no presenta edema, extremidades inferiores frías, pies con uñas cortas y limpias. Refiere dolor en articulación de rodilla y tobillo, por lo que le es difícil realizar movimientos.

Es dependiente, por la limitación física, solo de estar en cama, se pasa al reposed asistiéndola, además en ocasiones refiere molestias por inflamación de las articulaciones esto dificulta su movilidad.

### **6.- Necesidad de Descanso y Sueño**

Su horario de descanso, por lo regular es por la tarde y es de 1 a 2 horas y es después de comer, siempre lo ha acostumbrado así. Duerme aproximadamente de 8 a 9 horas. Tanto por las mañanas como por las tardes se le mantiene estimulada para que tenga un sueño productivo, y no tenga dificultad para dormir , aunque en ocasiones presenta insomnio, ya sea por estrés o por ansiedad y su estado de animo influye para lograr un sueno optimo. Toma una tableta de tafil por las noches antes de dormir, para que pueda descansar bien.

El lugar donde duerme no influye, en su descanso y sueño ya que su casa tiene un ambiente cómodo y cuenta con una cama matrimonial con un colchón de buen soporte además de un colchón que previene escaras.

A la inspección esta consciente, aparentemente tranquila, poco cooperadora, se muestra algo irritable, con presencia de ojeras, bostezos, poca concentración, apatía. Respuesta a estímulos; lentos.

Es dependiente, se le identifica insomnio por preocupación y estrés.

### **7.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas**

Mary no es independiente para vestirse, depende de mí como de las demás personas que la cuidan, para la elección de las prendas de vestir.

En ocasiones ella participa en ayudar en quitarse poco a poco la ropa y cambiarse, son raras las veces en las cuales coopera. Ya que tiene poca capacidad psicomotora.

Cuando presenta su arritmia o se muestra irritable no consciente que la toquen mucho menos que la cambien, pero se le insiste hasta que accede. Ella utiliza ropa acorde a su edad, por lo regular viste con prendas de algodón, la ropa que utiliza va de acuerdo a su edad. Utiliza calcetas gruesas, suéter, pants, pantalón de vestir, blusas de algodón. En esta necesidad es dependiente, por su estado de salud se le dificulta vestirse sola, le es difícil escoger las prendas de vestir, esto es por alteración en la motricidad, y por falta de fuerza en miembros inferiores.

### **8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel**

Se baña, cada tercer día de preferencia por las mañanas, se asiste en aseo bucal 2 veces al día, tiene conocimiento sobre la técnica de cepillado ya que lo realiza correctamente. El aseo de manos se le realiza antes de comer, el corte de uñas se le hace circular y se utiliza una lima para darles forma.

A la inspección, su aspecto general es bueno, no presenta mal olor, no presenta lesiones dérmicas, su ropa esta limpia, cabello corto bien peinado, presenta poca resequedad en cuero cabelludo, su boca es mediana, labios delgados, no presenta resequedad en piel ya que se mantiene hidratada por los cuidados de piel que se le otorgan.

Es parcialmente dependiente, su higiene es un tanto deficiente debido a su salud, es incapaz de mantenerse limpia.

### **9.- Necesidad de Evitar Peligros**

Cuenta con esquema completo, esta predispuesta a infecciones como la gripe. No tiene vida sexual activa, no padeció ni padece ninguna enfermedad de transmisión sexual. Alcoholismo y tabaquismo negados, asiste a chequeo medico periódicamente.

En el lugar donde vive existe riesgo de daño a la salud, ya que puede sufrir caída, o golpearse por muebles cercanos y escaleras.

A la exploración física Mary presenta disminución visual, conjuntiva pálida, reflejos pupilares normales, con disminución de la fuerza en pierna izquierda, por lo cual se ve limitada para el movimiento.

Mary es dependiente, porque es más vulnerable a sufrir un daño, como alguna caída por la alteración que presenta en la motricidad, además de que aumenta la predisposición a las infecciones.

### **10.- Necesidad de comunicarse**

Su familia la conforman ella y su hija, no tiene nietos. Su hija Maria de Lourdes radica en Canadá, desde hace muchos años. Y solo la visita 2 veces por año.

Mary vive en un departamento, con 2 señoras, que desde hace muchos años han trabajado con ella, siempre se turnan para quedarse con ella, es por ello que Mary nunca permanece sola.

La relación que existe actualmente con su hija, aparentemente es buena, ya que comentan las trabajadoras que antes, la relación de Mary con su hija, no era del todo buena, porque cuando ella viajaba a Canadá de visita, interfería en la relación matrimonial y por eso salían mal, a parte quería que las cosas las hiciera como ella decía ya que siempre había tenido el don de mando sobre ella.

Es por ello que su hija sentía un rencor para con su mama, y antes de que se enfermara Mary, su hija no la frecuentaba solo había comunicación por vía telefónica, y los gastos de la casa iban a cargo de su hija.

Pero cuando Mary empezó con problemas de salud, fue cuando ya la hija comenzó a venir a verla y estar con ella más tiempo. Ahora quiere como compensar el tiempo perdido, cuando viene a verla le brinda un buen trato. Y ella de igual manera se siente contenta esta de mejor estado de ánimo y se deja consentir por su hija.

Mary es una persona que se hace la fuerte, en raras ocasiones cuando deberás se siente mal es cuando lo comunica, pero la mayor parte no, ya que no refiere nada, hasta que le insistimos solo así nos dice.

Ella tiene preocupación, por su hija ya que se encuentra muy lejos y en ocasiones Mary se siente sola, aunque tenga gente quien este con ella, pero no son familiares, porque los parientes cercanos a ella ya fallecieron, y como consecuencia de eso ella se siente sola y triste algunas veces.

Es parcialmente dependiente, por la disminución del funcionamiento sensorial debido a su edad. Es por ello que se le dificulta comunicarse tanto con su hija, como con el personal que labora con ella. Influye también la dificultad de recordar los acontecimientos presentes. Presenta poca comprensión, expresa mensajes incompletos y desorientación en ocasiones.

A nivel afectivo, se muestra un tanto agresiva, con tristeza, le es difícil expresar sus sentimientos. Podemos tomar como referencia la escala de depresión geriátrica, que Mary resulta con depresión leve, es por eso que su estado emocional varía.

## **11.- Necesidad de Creencias y Valores**

Mary es de religión católica, cada tercer día frecuentaba ir a misa acompañada de la Sra. Pera. Le agrada rezar algunas oraciones. Como que eso la hace sentir mucho mejor.

Para Mary el principal valor familiar, es sin duda la unión de la familia y sobre todo la comunicación ya que sin duda esa es la base para que funcione.

Su valor personal, es haber tenido a su hija, que como quedo viuda, lo único que la mantiene con vida es su hija, y por ella esta aun aquí.

Es parcialmente dependiente, en ocasiones refiere sentimientos de culpabilidad, relacionado a conflictos pasados que tuvo con su hija.

## **12.- Necesidad de Trabajo y Realización**

Mary refiere estar satisfecha por el rol que desempeño, y ese fue el de ser mujer, madre y esposa de un hombre al que refiere haber querido muchísimo. Ya que de esa forma cumplió con sus responsabilidades.

Ella antes se sostenía económicamente cuando era independiente, tenía una cuenta bancaria con la se mantenía, ahora depende económicamente de su hija, ella manda mensualmente una cantidad de dinero para cubrir sus necesidades básicas.

Es dependiente, suele mostrar impotencia, por no poder tomar decisiones por ella misma, como comúnmente lo hacía, es por eso que pasa a ponerse un tanto irritable.

## **13.- Necesidad de Jugar y Recrearse**

Le gusta jugar muy poco, solo cuando ella decide, la mayor parte del tiempo refiere no tener ganas y que no está de ánimo. Se le insiste constantemente para que acepte y posterior a tanta insistencia acepta jugar pero ella pone sus reglas.

Algunos de los juegos que ella acepta es la baraja ya que de joven jugaba mucho y es el que más le agrada, y otras veces acepta la lotería y memoria. Su estado de ánimo a veces es apático y otras muy participativo. Mary es parcialmente dependiente, por lo cual no muestra mucho interés por falta de voluntad, a parte que le cuesta trabajar concentrarse.

## **14.- Necesidad de Aprendizaje**

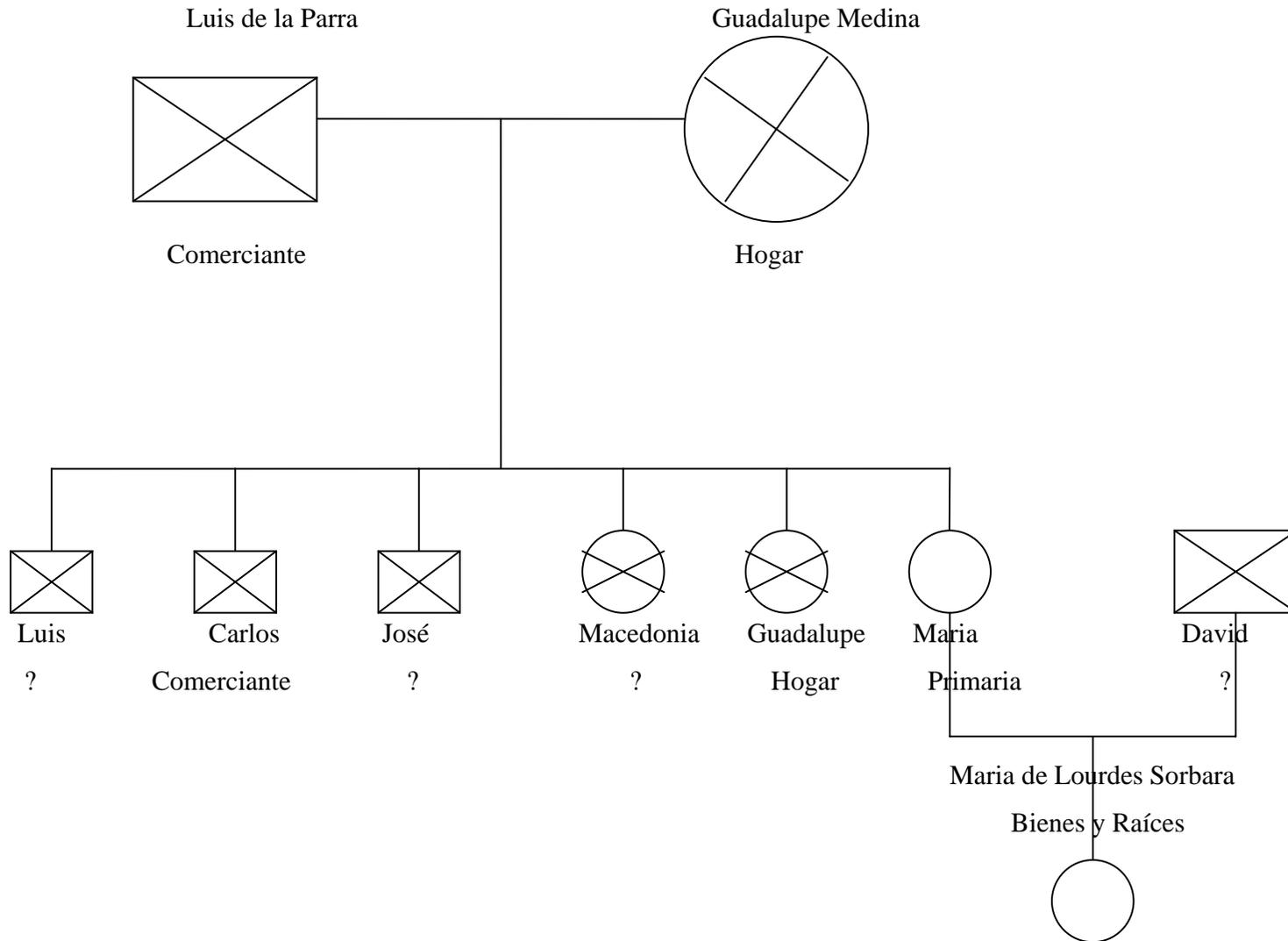
Ella presenta, limitación cognitiva, que es falta de concentración y falta de memoria, entonces tiene problemas para aprender. Aunque por tal motivo se le estimula constantemente.

Su grado académico es primaria completa, refiere que ya no siguió estudiando, porque ya no había más nivel en su tiempo solo hasta la primaria, además de que tenía que trabajar en las labores domésticas, para prepararse para cuando se casara.

Presenta falta de interés por aprender, por lo general no recuerda lo que ocurre recientemente, solo memoria remota.

Es parcialmente dependiente, por presentar limitación cognitiva, le es difícil aprender.

### 5.3 FAMILIOGRAMA



### IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDADES	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICION DEL PACIENTE
1.- Oxigenación	No hay dificultad a la respiración, solo en ocasiones, de acuerdo a la postura que adquiere, o en presencia de arritmia.	FR- 20 a 33 por minuto FC- 72 a 96 por minuto T/A- 140/80 0 170/120 Llenado capilar de 3 segundos	Parcialmente dependiente
2.-Nutrición e hidratación	Dieta habitual: frutas 3/7, verduras 5/7, carnes rojas 3/7, pollo 4/7, pescad0 3/7, cereales 2/7 y pan 4/7.Ingiere de 2 a 3 vasos de agua al día. Realiza 3 comidas al día, encuentra dificultad para alimentarse e hidratarse cuando presenta crisis de arritmia.	Ligera palidez de piel y turgencia disminuida, mucosas orales hidratadas, encías sonrosadas y dentadura completa en presencia de caries. Peso: 33 Kg Talla: 1.50 cm	Parcialmente dependiente
3.- Eliminación	Evacua 1 a 2 veces al día, de color marrón, consistencia dura y otras pastosa, sin presencia de sangre y moco.	Abdomen con distensión que a la palpación presenta dolor, ruidos intestinales disminuidos.	Parcialmente dependiente

	Micciona 3 a 4 veces al día, color amarillo, olor penetrante, sin presentar dificultad para orinar.	Ocasionalmente presenta estreñimiento.	
4.- Movilidad y postura	Actividad física limitada, de la cama pasa al reposed con asistencia. Refiere dolor en articulaciones de rodilla.	Presenta inflamación de las articulaciones por lo cual se ve limitada para ir a lugares distantes, y dificultad para realizar ejercicios de extensión y flexión.	Dependiente
5.- Descanso y sueño	Descansa en promedio de 1 a 2 horas, después de comer, duerme entre 8 a 9 horas. Padece de insomnio, por estrés y ansiedad.	Consciente, poco cooperadora irritable, se observan ojeras, bostezos, poca concentración, respuesta a estímulos lentos.	Dependiente
6.- Prendas de vestir adecuadas	Necesita ayuda para vestirse, no puede escoger su ropa, solo en ocasiones participa en quitarse poco a poco la ropa, ya que tiene poca capacidad motora.	Viste de acuerdo a su edad por lo regular utiliza prendas de algodón, su ropa esta limpia, usa pans, pantalón de vestir, blusas, suéter y calcetas.	Dependiente
7.- Termorregulación	Su departamento mantiene una temperatura templada, refiere malestar	Temperatura corporal axila es de 35.5 a 36 grados	Parcialmente dependiente

	con el frío y utiliza ropa según se necesite.	centígrados. A la palpación se encuentran extremidades inferiores frías.	
8.- Higiene y protección de la piel	Baño cada tercer día por las mañanas, aseo bucal 2 veces al día y aseo de manos antes de comer.	Se observa limpia y con su piel hidratada.	Parcialmente dependiente
9.- Evitar peligros	Cuenta con esquema completo de vacunación, alcoholismo y tabaquismo negados, asiste a chequeo medico periódicamente.	Disminución visual, conjuntiva pálida, disminución de la fuerza de la pierna izquierda.	Dependiente
10.-Comunicación	Refiere llevar buena relación afectiva con su hija y también con las personas que la cuidan, la Sra. Adela, Pera y Conchita. Ella les dice que son su familia junto con su hija, porque son lo único que tiene. Refiere sentirse triste y sola en ocasiones.	La hija de Mary es Maria de Lourdes, ella radica en Canadá desde hace mucho tiempo, no tiene hijos. Y ella trabaja para ella y para su mama, ya que es quien la sostiene económicamente. Se observa disminución del funcionamiento sensorial poca	Parcialmente dependiente

		<p>comprensión y en ocasiones desorientación.</p> <p>Se identifico con la escala de depresión geriátrica, depresión leve.</p> <p>Esto se debe a la preocupación que tiene por su hija y la soledad que ella manifiesta.</p>	
11.-Creencias y valores	Católica, el valor de Mary es la unión familiar y sobre todo la comunicación que debe de existir en ella.	Su valor personal es tener a su hija, que es lo único que la mantiene con vida. En su casa cuenta con imágenes religiosas y oraciones.	Parcialmente dependiente
12.- Trabajo y realización	Rol desempeñado: mujer, esposa y madre, refiere estar satisfecha por haber cumplido con sus responsabilidades.	Depende económicamente se su hija, quien mensualmente manada una cantidad de dinero para cubrir sus necesidades básicas.	Dependiente
13.- Jugar y recrearse	Le gusta jugar poco, solo cuando ella quiere, la mayor parte del tiempo refiere no tener ganas ni animo. El juego que	Aparentemente se ve tranquila, aunque a veces se muestra irritable y poco participadora.	Parcialmente dependiente

	mas acepta es la baraja ya que cuando era joven jugaba mucho a la baraja.		
14.- Aprendizaje	Refiere que su grado académico fue la primaria, y que no siguió estudiando, porque tenia que trabajar en las labores domesticas, que era la preparación para poderse casar.	Presenta limitación cognitiva, falta de interés por aprender, problemas de la memoria.	Parcialmente dependiente

## JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
1. Comunicación	Aislamiento social relacionado con falta de personas significativas a su lado manifestado por cambios de humor. (Tristeza, autoestima baja, depresión).
2. Oxigenación	Insuficiencia respiratoria secundaria insuficiencia cardiaca manifestada por taquipnea.
3. Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la marcha manifestado por perdida de la fuerza muscular en piernas. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración metabólica y de líquidos.
4. Nutrición e hidratación	Riesgo de alteración nutricional por defecto relacionado con ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer sus necesidades metabólicas debido a factores biológicos, psicológicos. Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por disminución en la turgencia de la piel.
5. Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a trastorno sensitivo, enfermedad neurológica manifestado por perdida del control de esfínter. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos, actividad física limitada manifestado por heces duras.
6. Descanso sueño	Deterioro del patrón del sueño relacionado con la edad, manifestado por ojeras, bostezos, cansancio.
7. Higiene y protección de la	Déficit de auto cuidado (Baño) relacionado con problema neuromuscular manifestado por

piel	incapacidad de realizar prácticas higiénicas. (Lavar parcial o totalmente el cuerpo).
8. Evitar peligros	Riesgo de traumatismo físico relacionado con problemas de salud que afectan la movilidad física y percepción.
9. Prendas de vestir	Déficit de auto cuidado (vestido) relacionado con disminución de la movilidad y fuerza física manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse.
10. Trabajo y realización	Alteración en el desempeño del rol relacionado con la salud y problemas cognitivos manifestado por incapacidad para cumplir con las expectativas del rol.
11. Aprendizaje	Conocimiento deficiente relacionado con falta de interés por aprender manifestado por apatía e irritabilidad. Deterioro de la memoria relacionado a trastornos neurológicos manifestado con incapacidad de recordar.
12. Termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento manifestado por calosfríos, frialdad de extremidades inferiores.
13. Jugar y recrearse	Disminución de la participación en actividades recreativas relacionado con incapacidad cognitiva manifestado por falta de interés.
14. Creencias y valores	Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con estrés físico, psicológico.

## 5.6 PLAN DE CUIDADOS

**1.- NECESIDAD:** Comunicación

**DX REAL:** Aislamiento social relacionado con falta de personas significativas a su lado manifestado por cambios de humor (tristeza, autoestima baja, depresión).

**OBJETIVO:** Mary mejorara sus cambios de humor, y su estado de aislamiento.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>	<b>EVALUACION</b>
Propiciar un ambiente de confianza.  Motivar a Mary para que exprese sus sentimientos, sus ideas y necesidades.	La comunicación es de vital importancia en el ser humano, ya que es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite expresar sentimientos, opiniones, experiencias e información.	Mary mostrara buena interacción enfermera-paciente, logrando así expresar sus sentimientos.	Mary logro obtener confianza y expreso sus necesidades y sentimientos, con respecto a su aislamiento y cambios de humor.

**2.- NECESIDAD:** Oxigenación

**PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:** Insuficiencia respiratoria secundaria a insuficiencia cardiaca manifestada por taquipnea.

**OBJETIVO:** Mejorar el estado de dificultad respiratoria.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>	<b>EVALUACION</b>
Realizar cambios de posición frecuentes. Colocarla en posición semifowler.  Realizarle ejercicios respiratorios frecuentes.  Asegurar un aporte de líquidos suficientes.	Una buena alineación corporal y una posición adecuada favorecen la expansión torácica. El ejercicio produce un aumento en la frecuencia y amplitud de las respiraciones. La ingestión de líquidos ayuda a fluidificar las secreciones del aparato respiratorio, contribuyendo a la humidificación de las mucosas respiratorias.	Tomara en cuenta que los cambios posturales y los ejercicios de respiración, le beneficiaran a su estado respiratorio.	Al realizarle estas acciones, disminuye la dificultad respiratoria, además de mostrarse cooperadora.

**3.- NECESIDAD:** Movilidad y postura

**DX REAL:** Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la marcha manifestado por pérdida de la fuerza muscular en piernas y brazos.

**OBJETIVO:** Mary sumara esfuerzos en la mejora de su movilidad y marcha.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>	<b>EVALUACION</b>
Planificar un programa de ejercicios. (Ver anexo).  Instruir al personal cuidador en el programa de ejercicios.  Fomentar la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales.	El ejercicio produce efectos benéficos para la salud. Permite mejorar la resistencia vascular, equilibrio y fortalecimiento en brazos y piernas.  El llevar una rutina de ejercicios conlleva a mejores resultados.  El estado nutricional y el balance de energía, es fundamental para la rehabilitación de la fuerza muscular.	Mary Obtendrá la movilidad.  Aumentara la fuerza y tono en piernas y brazos.  Lograra dar algunos pasos.	Logra aumentar el tono muscular, y fuerza en piernas y brazos.  De esta manera deambula en el corredor con apoyo de la andadera, sin presentar debilidad o fatiga.

**4.- NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

**DX DE RIESGO:** Riesgo de alteración nutricional por defecto relacionado con ingesta insuficiente de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir sus necesidades metabólicas.

**OBJETIVO:** Mejorar el aporte nutritivo que requiere.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>Motivar en la ingesta de nutrientes esenciales.</p> <p>Explicarle los beneficios de una alimentación sana.</p> <p>Establecer un horario para las comidas.</p>	<p>Los nutrientes esenciales tales como; carbohidratos, vitaminas, minerales, proteínas y grasas, son recomendables en la dieta para mantener un optimo estado de salud.</p> <p>La enseñanza y la promoción de una nutrición adecuada son de vital importancia para futuras enfermedades.</p> <p>Los hábitos alimenticios diarios desempeñan un papel importante para determinar cuando una persona siente hambre.</p>	<p>Mostrara un estado nutricional óptimo basado en la turgencia de la piel y coloración.</p>	<p>En un principio le resulto difícil adaptarse a la dieta y no las toleraba muy bien, pero conforme paso el tiempo la fue aceptando.</p>

**4.1.- NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

**DX REAL:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por disminución en la turgencia de la piel.

**OBJETIVO:** Aumentara el consumo de líquidos para la mejora de la turgencia de la piel y el estado de las mucosas.

<b>INTERVENCIONES DE ENFEERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>Brindar información sobre el beneficio del consumo de agua para su salud.</p> <p>Se le recomienda ingerir de 2 a 3 litros de agua al día.</p> <p>Evitar refrescos y café.</p> <p>Recomendar aceites o cremas hidratantes para el cuerpo.</p>	<p>El agua es indispensable para todos los tejidos del cuerpo. Es esencial para los procesos fisiológicos de la digestión y absorción y eliminación de los desechos metabólicos no digeribles.</p> <p>El refresco como el café son nocivos para el organismo humano y deben evitarse.</p> <p>Las cremas ayudan a mantener la turgencia de la piel.</p>	<p>Mary, intentara ingerir la cantidad de agua recomendada.</p> <p>El agua que beberá de preferencia será natural.</p> <p>De esta forma mejorara la turgencia de su piel y su hidratación.</p>	<p>Mary ha logrado ingerir la suficiente agua para evitar deshidratarse, no consume refrescos ni café. En ocasiones toma agua fresca que le hacen para las comidas.</p> <p>La turgencia de la piel se encuentra mejorada.</p>

**5.- NECESIDAD:** Eliminación

**DX REAL:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a trastorno sensitivo, enfermedad neurológica manifestado por pérdida del control de esfínter.

**OBJETIVO:** Mary se mantendrá limpia y seca.

<b>INTERVECIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Cambio de ropa de cama, después de cada eliminación  Limpiar bien el área genital.  Limitar la ingestión de líquidos por la noche.	El cambio de ropa de cama es indispensable ya que proporciona comodidad al usuario después de cada eliminación.  Asear de manera correcta el área genital, nos ayuda a prevenir el riesgo de adquirir una infección.  El ingerir líquidos por la noche, no es recomendable por que puede haber nicturia.	Mary se mostrara accesible ante las intervenciones a realizar.	Mary logro disminuir la ansiedad, además de que el área genital se encuentra en óptimas condiciones y no presenta signos de infección.

**5.1.- NECESIDAD:** Eliminación

**DX REAL:** Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos, actividad física limitada manifestado por heces duras.

**OBJETIVO:** Mary aumentara la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Se sugiere alimentos ricos en residuos de fibra, legumbres, frutas crudas.  Se recomienda que ingiera una cantidad suficiente de líquidos.  Realizarle ejercicios físicos regularmente.(Ver anexo)	La fibra ayuda a formar la materia fecal de consistencia suave e incrementa los movimientos intestinales  El liquido ayuda a mantener la materia fecal suave y de fácil transito intestinal.  El ejercicio mantiene activo y saludable el aparato digestivo.	Mejorara su patrón de eliminación intestinal, logrando una evacuación al día.	Durante este tiempo Mary ha incrementado el consumo de líquidos y el consumo de fibra. Por lo cual la eliminación intestinal es una vez o dos al día.

**6.- NECESIDAD:** Descanso y sueño

**DX REAL:** Deterioro del patrón del sueño relacionado con la edad y ansiedad, manifestado por ojeras, bostezos, cansancio.

**OBJETIVO:** Mary mejora su patrón del sueño

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>Disminuir la ansiedad de la usuaria.</p> <p>Proporcionarle ejercicios de relajación.</p> <p>Brindarle un entorno confortable, disminuyendo la luz y el ruido.</p>	<p>Al disminuir la ansiedad se modifica la calidad y cantidad del sueño y el reposo del cliente.</p> <p>El llevar una buena técnica de relajación, el cuerpo y mente se mantiene en reposo, logrando alcanzar armonía y alegría, mejora la oxigenación, y aumenta el descanso.</p> <p>El crearle un ambiente cómodo al usuario es esencial para mejorar el descanso.</p>	<p>Lograra mejorar la calidad de sueño.</p>	<p>En este tiempo en el cual se han llevado a cabo estas intervenciones, la ansiedad ha disminuido notoriamente en Mary, duerme más, y se observa con mejor estado de ánimo.</p>

**7.- NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel

**DX REAL:** Déficit de auto cuidado (Baño) relacionado con problema neuromuscular manifestado por incapacidad de realizar prácticas higiénicas. (Lavar parcial o totalmente el cuerpo).

**OBJETIVO:** Mejorar su aseo personal

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Ayudar al cliente al cuidado de su higiene.  Mantener una buena higiene de la piel.  Baño de regadera	El estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos, es una necesidad que tiene el individuo.  Mantener la piel sana actúa como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.  El baño elimina la grasa acumulada, transpiración, las células muertas de la piel y algunas bacterias, además de estimular la circulación.	Mary entenderá la importancia de estar limpio, a pesar de la dificultad que existe para realizar dicha práctica.	Ha mejorado su aseo personal, mantiene una perfecta apariencia aseada.  Se observa con más suavidad en piel, uñas limpias, y buena higiene bucal.

<p>Cepillado dental</p>	<p>El cepillado dental es una acción mecánica que elimina partículas de alimentos que pueden albergar e incubar bacterias. También estimula la circulación de las encías, manteniendo de ese modo su firmeza saludable.</p>		
<p>Corte de uñas</p>	<p>Cuidar las uñas, constituye una parte crucial del buen arreglo personal y contribuye a prevenir posibles infecciones</p>		
<p>Aumentar la motivación del cliente frente a su apariencia física y cuidados higiénicos.</p>	<p>El motivar al usuario a mantener un buen aseo personal, propicia a que exista participación por su parte.</p>		

**8.- NECESIDAD:** Evitar peligros

**DX DE RIESGO:** Riesgo de traumatismo físico relacionado con problemas de salud que afectan la movilidad física y percepción.

**OBJETIVO:** Disminuirá el riesgo de traumatismo

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>Asegurar un entorno sano y seguro.</p> <p>Asegurar que quede una luz encendida para que exista buena iluminación, levantarse lentamente de la cama para prevenir el mareo por hipotensión ortostática.</p> <p>Recomendar el uso de zapato, cómodo, amplio y plano cerrado.</p>	<p>El entorno seguro, protege de toda agresión tanto interna como externa y de esa forma se mantiene una buena integridad tanto física como psicológica.</p> <p>Una buena iluminación ayuda a evitar caídas, al permitir a las personas caminar de forma segura.</p> <p>El uso de calzado apropiado proporciona estabilidad y ayuda a evitar caídas.</p>	<p>Mary comprenderá el beneficio de brindarle un ambiente seguro.</p>	<p>Se observa con mayor seguridad personal.</p> <p>Al principio no quería aceptar el zapato, porque estaba acostumbrada a sus pantuflas, pero posterior a la explicación decide usar el zapato y refiere sentir seguridad al desplazarse de la cama al reposed.</p>

**9.- NECESIDAD:** Prendas de vestir

**DX REAL:** Déficit de auto cuidado (vestido) relacionado con disminución de la movilidad y fuerza física manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse.

**OBJETIVO:** Conservar el uso de ropa adecuada con la cual Mary se sienta cómoda.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Ayudar a Mary a vestirse y desvestirse. Ponerle el pantalón, blusa de algodón, pantuflas o zapato cómodo, suéter, etc.  Respetar siempre su intimidad.	El mantenerse vestido con ropa adecuada según las circunstancias, es para proteger el cuerpo del rigor del clima y permitir la movilidad.  La ropa asegura la integridad del individuo preservando su intimidad sexual.	Mary entenderá que el uso de prendas adecuadas para ella son indispensables para su comodidad.	La ropa que actualmente utiliza Mary le es agradable ya que es acorde al clima y dependiendo de eso le permite una movilización adecuada, además de sentirse segura.

**10.- NECESIDAD:** Trabajo y realización

**DX REAL:** Alteración en el desempeño del rol relacionado con la salud y problemas cognitivos manifestado por incapacidad para cumplir con las expectativas del rol.

**OBJETIVO:** Averiguar los gustos e intereses de Mary a ciertas actividades que en su estado pueda realizar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Ofrecerle actividades que respondan a sus gustos.  Aumentar el nivel de control de su situación y que reconozca sus actividades diarias.	El ofrecerle actividades distintas y que respondan a sus gustos, es satisfacer la necesidad de sentirse útil y llega a hacer un factor de motivación.  El que se reconozca su estado y las actividades que puede realizar es tener en cuenta la capacidad con la que cuenta.	Mary entenderá el rol que le pertenece.	En ocasiones solo aceptaba el rol que le pertenece.  En otras no ya que a pesar de las actividades realizadas, llega a sentir impotencia por algo que no puede controlar.

**11.- NECESIDAD:** Aprendizaje

**DX REAL:** Deterioro de la memoria relacionado a trastornos neurológicos manifestado con incapacidad de recordar.

**OBJETIVO:** Mantenerla estimulada

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>Ejercicios de estimulación de la memoria.</p> <p>Técnicas específicas que tienen que ver con:</p> <p>Ejercicio que activa la memoria visual: que implica jugar tratando de visualizar detalles, como ejemplo una foto, reconocer quien es, identificar los colores, figuras, animales, muebles, etc.</p>	<p>La estimulación tiene como fin contribuir a hacer más lento el proceso de deterioro.</p> <p>Al estimular se cuenta con diversos ejercicios que activan lo visual, auditivo, tacto, olfativo, gustativo, es decir lo sensorial. Al estimular se facilita la comunicación, la creatividad, imaginación, fluidez verbal etc.</p>	<p>Mary mostrara interés suficiente para la realización de las actividades.</p>	<p>Al principio mostró apatía y no quería acceder, pero conforme fue pasando el tiempo, y la insistencia en realizar las actividades, se logro convencerla a que participara.</p> <p>He visto un notorio avance en ella. Ya que hay muchas cosas que aún no se le han olvidado.</p> <p>En lo visual reconoce</p>

<p>Lo auditivo: Se juega con la discriminación de sonidos asociados.</p> <p>Musicoterapia, identificar una canción.</p> <p>Juegos de memoria: un ejemplo es jugar pares, Jugar la baraja, Lotería, etc.</p> <p>Método en cadena: Implica entrenamiento de visualizar elementos en determinado orden. Un ejemplo es el, abecedario, los números.</p>			<p>las cosas que se le presentan. Y en lo auditivo, cuando su hija se comunica con ella la sabe reconocer, cuando antes se tardaba mucho tiempo en saber quien le hablaba. Además de que se acuerda de las canciones y de quien las canta.</p> <p>En juegos de memoria, el que le gusta mucho es la baraja, y aun recuerda como se juega ya que de joven era lo que mas jugaba.</p> <p>Lo que es el abecedario y los números, los dice muy bien y en el orden en que van.</p>
---	--	--	---

**12.- NECESIDAD:** Termorregulación

**DX REAL:** Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento manifestado por calosfríos, frialdad de extremidades inferiores.

**OBJETIVO:** Mary mantendrá la temperatura dentro de los valores normales.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Evitar cambios bruscos de temperatura, tener cerradas puertas y ventanas.	Una habitación libre de corrientes de aire y con una temperatura de 20 a 23 °C, contribuye al bienestar físico del paciente.	Se llevara a la práctica estas acciones para mantener la temperatura corporal de Mary en cifras normales.	Desde que ha estado consumiendo más calorías y es constante en sus ejercicios, además de evitar los cambios bruscos de temperatura
Realizar baño, de preferencia por la tarde cuando aun halla sol con agua tibia.	Un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño del paciente.		manteniéndosele con una buena calefacción, Mary ha estado controlada en su
Aumento de alimentos en cantidad y valores calóricos (grasa, azúcar).	La ingesta de alimentos con valores calóricos y en particular		termorregulación.

<p>Ingesta de líquidos y alimentos calientes.</p>	<p>las proteínas, eleva la temperatura unas décimas de grado después de las comidas.</p>		
<p>Ejercicios musculares, calefacción adecuada.</p>	<p>El llevar a cabo alguna actividad muscular, puede aumentar la temperatura corporal por encima de la normalidad, y cuando la actividad disminuye la temperatura generalmente se normaliza.</p>		

**13.- NECESIDAD:** Recrearse

**DX REAL:** Disminución de la participación en actividades recreativas relacionado con incapacidad cognitiva manifestado por falta de interés.

**OBJETIVO:** Mary lograra mantener el interés en las actividades que se le implementen a realizar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Fomentar a la usuaria a la recreación.  Hacer participar al cliente en actividades recreativas. Un ejemplo; es ver películas, musicoterapia, juegos de mesa, etc.	El recrearse es una necesidad para el ser humano, con el fin de obtener un descanso tanto físico como psicológico.  La actividad recreativa permite al individuo exteriorizar sus emociones y liberase de sus tensiones.	Mantendrá el interés para la recreación y participara en todas las actividades que se le implementaran.	Se observa con más disponibilidad para realizar las actividades que se le plantean.  Adquirió la suficiente confianza para expresar sus sentimientos.

**14.- NECESIDAD:** Creencias y valores

**DX DE RIESGO:** Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con estrés físico y psicológico.

**OBJETIVO:** Evitar que padezca de sufrimiento espiritual.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>CRITERIOS A EVALUAR</b>	<b>EVALUACION</b>
Fomentar las actividades religiosas; oraciones, cantos etc.  Permitirle expresar sus necesidades espirituales.	Religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan, virtud que mueve a ofrecer un culto a Dios.  La necesidad espiritual es tener una relación de perdón, amor y confianza con Dios, y vivir hasta el final con esperanza en uno mismo y en los demás.  La salud espiritual, o bienestar espiritual es la sensación de estar, vivo, resuelto y satisfecho.	Lograra mantenerse tranquila, sin ansiedad, estrés, agotamiento físico.  Mantendrá un bienestar consigo misma.	Mary después de llevar a cabo estas acciones, ha logrado mantenerse tranquila, ya no se muestra con estrés y ansiedad, como se le empezaba a notar.  El rezar le ha ayudado mucho.  Refiere que al hablar y desahogarse siente una paz interior y eso la ayuda a sentirse mejor.

## **5.7 PLAN DE ALTA**

Se trabajo con la Sra. Mary desde el 2 de Agosto del 2007, en su domicilio, esto fue con recomendación de la madre Ignacia Escalera Mora directora de la escuela, quien confió en mí para la atención de la usuaria.

Empecé a tratarla con cuidados sencillos y generales, pero en el mes de octubre del 2007, decidí aplicar el proceso enfermero ya que como se sabe es un método sistemático centrado al logro de objetivos de una manera eficiente, el cual nos permite como personal de enfermería solucionar problemas relacionados con la salud del usuario. Además de considerar al hombre como un ser holístico.

El día 2 de junio del 2008 se dio por concluido el proceso con ella. Tal vez fue mucho el tiempo que la estuve tratando, pero es como se puede plasmar los resultados obtenidos que a continuación se muestran:

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>VALORACION DE ALTA</b>
1.-Comunicación	Aislamiento social relacionado con falta de personas significativas a su lado manifestado por cambios de humor (tristeza, autoestima baja, depresión).	Mary logro obtener la suficiente confianza y de tal forma expresa sus necesidades y sentimientos, con respecto a su aislamiento y cambios de humor.
2.- Oxigenación	Insuficiencia respiratoria secundaria a insuficiencia cardiaca manifestada por taquipnea.	Al realizarle estas acciones, disminuye la dificultad respiratoria, además de mostrarse cooperadora.
3.- Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la marcha manifestado por perdida de la fuerza muscular en piernas.	Logra aumentar el tono muscular, y fuerza en piernas y brazos. De esta manera deambula en el corredor con apoyo de la andadera, sin presentar debilidad o fatiga.
4.- Nutrición e Hidratación	Riesgo de alteración nutricional por defecto relacionado con ingesta insuficiente de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir sus necesidades metabólicas.	En un principio le resulto difícil adaptarse a las comidas, y no las toleraba muy bien, pero conforme paso el tiempo las fue aceptando.
4.1.- Nutrición e Hidratación	Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por disminución en la turgencia de la piel.	Mary ha logrado ingerir la suficiente agua para evitar deshidratarse, no consume refresco ni café. En ocasiones toma agua

		<p>fresca que le hacen para las comidas.</p> <p>La turgencia de la piel se encuentra mejorada.</p>
5.- Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a trastorno sensitivo, enfermedad neurológica manifestado por pérdida del tono muscular del perine, salida de orina sin sentir.	Mary logro disminuir la ansiedad, además de que el área genital se encuentra en óptimas condiciones y no presenta signos de infección
5.1.- Eliminación	Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos, actividad física limitada manifestado por heces duras.	Durante este tiempo Mary ha incrementado el consumo de líquidos y el consumo de fibra. Por lo cual la eliminación intestinal es una vez al día.
6.- Descanso y sueño	Deterioro del patrón del sueño relacionado con la edad y ansiedad, manifestado por ojeras, bostezos, cansancio.	En este tiempo en el cual se han llevado a cabo estas intervenciones, la ansiedad ha disminuido notoriamente en Mary, duerme más, y se observa con mejor estado de ánimo.
7.- Higiene y protección de la piel	Déficit de auto cuidado (Baño) relacionado con problema neuromuscular manifestado por incapacidad de realizar prácticas higiénicas. (Lavar parcial o totalmente	<p>Ha mejorado su aseo personal, mantiene una perfecta apariencia aseada.</p> <p>Se observa con más suavidad en piel, uñas</p>

	el cuerpo).	limpias, y buena higiene bucal.
8.- Evitar peligros	Riesgo de traumatismo físico relacionado con problemas de salud que afectan la movilidad física y percepción.	Se observa con mayor seguridad personal.
9.- Prendas de vestir	Déficit de auto cuidado (vestido) relacionado con disminución de la movilidad y fuerza física manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse.	La ropa que actualmente utiliza Mary le es agradable ya que es acorde al clima y dependiendo de eso le permite una movilización adecuada, además de sentirse segura.
10.- Trabajo y realización	Alteración en el desempeño del rol relacionado con la salud y problemas cognitivos manifestado por incapacidad para cumplir con las expectativas del rol.	En ocasiones solo aceptaba el rol que le pertenece. En otras no ya que a pesar de las actividades realizadas, llega a sentir impotencia por algo que no puede controlar.
11.- Aprendizaje	Deterioro de la memoria relacionado a trastornos neurológicos manifestado con incapacidad de recordar.	En un principio se mostró con apatía y no quería acceder muy bien, pero conforme fue pasando el tiempo y la insistencia en realizar las actividades, se logro convencerla a que participara.

		<p>He visto un notorio avance en cuestión a ala estimulación que se le ha estado brindando. Ya que hay muchas cosas que aún no se le han olvidado.</p> <p>En lo visual reconoce las cosas que se le presentan.</p> <p>Y en lo auditivo, cuando su hija se comunica con ella la sabe reconocer, cuando antes se tardaba mucho tiempo en saber quien le hablaba. Además de que se acuerda de las canciones y de quien las cantaba.</p> <p>En los juegos de memoria, el que le gusta mucho es la baraja, y aun recuerda como se juega ya que de joven era lo que mas jugaba.</p> <p>Lo que es el abecedario y los números, los dice muy bien y en el orden en que van.</p>
12.-Termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento manifestado por calosfríos, frialdad de extremidades inferiores.	Desde que ha estado consumiendo más calorías y es constante en sus ejercicios, además de evitar los cambios bruscos de

		temperatura manteniéndosele con una buena calefacción, Mary ha estado controlada en su termorregulación.
13.-Recrearse	Disminución de la participación en actividades recreativas relacionado con incapacidad cognitiva manifestado por falta de interés.	Se observa con más disponibilidad para realizar las actividades que se le plantean. Adquirió la suficiente confianza para expresar sus sentimientos.
14.-Creencias y valores	Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con estrés físico y psicológico.	Mary después de llevar a cabo estas acciones, ha logrado mantenerse tranquila, ya no se muestra con estrés y ansiedad, como se le empezaba a notar. Refiere que el rezar le ha ayudado mucho. Refiere que al hablar y desahogarse siente una paz interior y eso la ayuda a sentirse mejor.

## 5.8 RECOMENDACIONES

En el tiempo que se trabajó con la Sra. Mary, se detectaron las necesidades que estaban alteradas en ella, por lo cual se llevó a cabo un plan de cuidados siguiendo el método científico del proceso de enfermería, que al ponerse en práctica los resultados fueron muy satisfactorios. Por tal motivo es de suma importancia seguir con los cuidados tanto por parte de su familia así como el personal cuidador, para permitirle una mejor calidad de vida. A continuación se enlistan algunas sugerencias:

- ❖ Realizar baño cada tercer día, preferentemente.
- ❖ Cambios posturales cada 15 minutos, para evitar úlceras por presión.
- ❖ Cambio de pañal, cuando se requiera.
- ❖ Realizar aseo genital 2 veces al día, para evitar infección.
- ❖ Realizar aseo bucal tres veces al día.
- ❖ Mantener una buena alimentación en cantidad y calidad.
- ❖ Promover la ingesta de líquidos.
- ❖ Seguir fomentando las actividades religiosas (oraciones, cantos, etc.)
- ❖ Continuar con los ejercicios músculo-esqueléticos.
- ❖ Elevación de miembros inferiores cada 15 minutos.
- ❖ Seguir con la estimulación mental.
- ❖ Musicoterapia.

## CONCLUSIONES

En la realización del presente trabajo, siguiendo el modelo de Virginia Henderson, me permitió reconocer la importancia que tiene el seguir metodológicamente cada uno de sus pasos, ya que valora a la persona en sus diferentes aspectos en los cuales interviene el personal de enfermería para la mejora del usuario.

El tiempo que he estado tratando a mi paciente, me he dado cuenta que la relación enfermera- paciente se ha hecho más estrecha, pero sobre todo que pude otorgarle un cuidado holístico, que tal vez es muy diferente a nivel hospitalario, por el tiempo reducido de estancia y que no alcanzamos a ver ciertos aspectos que son de verdadera importancia para la recuperación del usuario.

Me permitió conocer más a fondo la etapa de la senectud, y las pérdidas que se presentan en esta etapa de la vida, que muchas de las veces siendo jóvenes no le tomamos cierta importancia, un ejemplo de ellas son; las físicas, psicológicas, sociales, etc, por mencionar algunas. Y que de cierta forma aplicando el modelo de Virginia, identificas de manera clara el grado de dependencia- independencia de la persona.

El trabajar con la Sra. Mary me deja una gran experiencia y sobre todo una gran satisfacción, porque es una persona fuerte, que a pesar de su estado de salud, y de no tener a lado el apoyo físico de su hija, tiene ese deseo de seguir adelante y vivir cada día en espera de volver a ver a su hija o de simplemente escucharla por vía telefónica.

Además se identifica que personas como ella y en la etapa de la vida en la que se encuentran, son personas que tienen capacidades y enormes experiencias, y que lamentablemente en la sociedad en la que vivimos no son reconocidas, sufriendo algunas veces tanto de maltrato como rechazo y sobre todo abandono.

Es por ello que es indispensable concienciar a las personas, el significado de la vejez, dándole al anciano el lugar que le corresponde y revalorarlo como un ser perteneciente a una familia y sociedad en general.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ann Marner Toney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, Sexta Edición, Editorial Mosby, Madrid España 2007, 828pp.
2. Ann Marner Toney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial Mosby, Madrid España, 2003, 672pp.
3. Atkinson-Murray, Guía Clínica Para la Planeación de los Cuidados, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Primera Edición 1997 518pp.
4. B. Kozier. G. Erb. K. Blais. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica Vol. 1, 5 Edición, Editorial Mac Graw Hill Interamericana 848pp.
5. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero Ediciones Cuellar pp.277
6. Dr. Francisco Barne de Castro, Antología Tomo I, Fundamentos de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997 353pp.
7. Dr. J. Gonzalez Aragon G. Manual de Auto cuidado y Salud en el Envejecimiento, "Aprendamos a Envejecer Sanos", 4 Edición, México, 1997, 415pp.
8. Farreras Rozman. Medicina Interna, Sec. Cardiología, 14 Edición, Editorial Harcourt, S.A 2000
9. García Martín Catalina. Martínez Martín Maria Luisa, Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, 5 Edición, Editorial Harcourt, España 2001, 207pp.
10. Gordon Marjory, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2001-2002, 5 Edición, Editorial Harcourt Madrid España 2001 264pp.

11. I. Riopelle, I. Grondin, M. Phaneuf. Cuidados de Enfermería. Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Primera Edición, 1993 352pp.
12. Jaffe S. Marie, Enfermería en Atención Domiciliaria, 3 Edición, Editorial Harcourt Madrid España 2008, 483pp.
13. Lawrence M. Tiernay Jr.-Stophon J. Mc. Phee, Diagnostico Clínico y Tratamiento, 41 Edición, Manual Moderno 2006 1547pp.
14. Mary M. Mary B. Burke Walsh. Enfermeria Gerontológica, Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, 2 Edición 1998
15. Moran Aguilar Victoria- Mendoza Robles Alba Lily, Proceso de Enfermería, Modelo sobre Interacción Terapéutica y uso de los Lenguajes NANDA, CIE Y CRE, 2 Edición, Editorial Trillas, 230 pp.
16. Nordmark- Rohweder, Bases Científicas de la enfermería, 2 Edición, Ediciones Científicas Prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V. 1993 712pp.
17. P. W. Lyer. B.J. Tapich. D.Bernochi, Proceso y Diagnostico de Enfermería, 3 Edición, Editorial Mc Graw Hil Interamericana, México 1997, 444pp.
18. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol.5 No.1, 5 Enero-Marzo-2008.
19. Revista Enfermería, Desarrollo Científico Enfermería Vol.11 No.4, Mayo-2003.
20. Tinsly R. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16 Edición, Editorial Mc Graw Hill 2271pp.
21. [www.htm.rincondelvago/psicologia-de-la-senectud.htm](http://www.htm.rincondelvago/psicologia-de-la-senectud.htm)
22. [www.entornomedico.org/saludyenfermedad3edad/index.html](http://www.entornomedico.org/saludyenfermedad3edad/index.html)

23. [www.hipocampo.org/escala.asp](http://www.hipocampo.org/escala.asp).

24. [www.uninet.edu/neurocon/neurologia/escalas/geriatricas.html](http://www.uninet.edu/neurocon/neurologia/escalas/geriatricas.html)

## **GLOSARIO**

**ARRITMIA:** Es la variación del ritmo regular de los latidos cardiacos.

**AFASIA:** La afasia es un desorden del lenguaje producido por daños en un área específica del cerebro que controla la comprensión y expresión del lenguaje.

**CAQUEXIA:** Pérdida de peso corporal, masa muscular y debilidad.

**DEPENDENCIA:** No satisfacción de una o de varias necesidades del ser humano por las acciones que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad.

**DEMENCIA:** Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.

**DISNEA:** Dificultad para respirar.

**ENFERMERIA:** Disciplina profesional que tiene como ámbito de responsabilidad brindar cuidados integrales del individuo familia y comunidad, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

**ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es mas o menos previsible.

**INDEPENDENCIA:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo.

**MANIFESTACION:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de las necesidades.

**METODO CIENTIFICO:** Es la forma organizada y sistemática de estudiar el mundo circundante para llegar al conocimiento y comprensión de los objetos, fenómenos y procesos que lo constituyen.

**MODELO:** Representación Simbólica de la realidad, que enlazan grupos de conceptos y se organizan para describir un fenómeno.

**NECESIDAD:** Es aquello que se requiere o resulta útil o deseable para mantener el bienestar y la vida, además de que convierte en un motivo para la conducta.

**NECESIDAD FUNDAMENTAL:** Todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

**PACIENTE:** Cualquier persona, sana o enferma que recibe servicios de un profesional de la salud.

**PROFESIONAL:** Toda aquella persona que puede brindar un servicio o elaborar un bien, garantizando el resultado con calidad determinada.

**SALUD:** Estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad.

## **ANEXOS**

### **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA M.F. #4 DEPTO. DE NUTRICION Y DIETETICA**



### **REGIMEN DE ALIMENTACION POR EQUIVALENTES**

Nombre del paciente: M T P M

Diagnostico Medico: Insuficiencia Cardíaca

Fecha de Inicio:

Peso Actual: 33kg

Peso recomendado: 48

Talla: 1.50      IMC: 14.66

Elaboro: Olivares Valdés Maria del Carmen

*1,680 kcal.*

**DESAYUNO (7-9:00 hrs.)**

Leche	1
Carne	1
Cereal	2
Fruta	1
Verdura	2
Grasa	2
Azúcar	1
Leguminosas	0
Agua natural	2

**COLACION MATUTINA**

Fruta	1
Grasa	1

**COMIDA (14-15:00 hrs.)**

Leguminosas	0
Carne	2
Cereal	2
Fruta	2
Verdura	1
Grasa	2
Azúcar	1
Agua Natural	1

## **COLACION VESPERTINA**

Fruta	1
Grasa	1

## **CENA (19-20:00 hrs.)**

Leche	1
Carne	1
Cereal	2
Fruta	1
Verdura	1
Grasa	1
Azúcar	1
Agua natural	2

## **RECOMENDACIONES GENERALES**

1. Establece horarios fijos de comidas y respétalos.
2. Incrementa el consumo de fibra (fruta y verdura cruda y con cáscara, cereales integrales).
3. Se te sugiere actividad física de 30 a 45 minutos diarios.
4. Prefiere tus guisados asados, cocidos, al vapor, en papel aluminio, al horno, etc.
5. Consume lo menos posible de grasa sal y azúcares simples.
6. Toma de 6 a 8 vasos de agua al día.
7. Lee las etiquetas de los alimentos procesados para que sepas que te comes.
8. Apégate a tu plan de alimentación de ello depende tu éxito.

## 1 RACION ES EQUIVALENTE:

### LECHE

Leche descremada polvo	30grs. -2cdas.
Leche descremada liquida	200ml – 1vaso
Yogurt descremado natural	200ml – 1vaso
Leche de soya	200ml – 1vaso
Leche descremada polvo	30grs. -2cdas.
Leche descremada liquida	200ml – 1vaso

### CARNES

Clara de huevo	60grs. -2 pzas.
Huevo entero	60grs.- 1 pza.
Queso panela	40grs.- 1 reb.
Requesón	60grs.- <sup>1</sup> / <sub>2</sub> tza.
Res o ternera magra	30grs.
Pollo sin piel	30grs.- <sup>1</sup> / <sub>2</sub> pza.
Pescado fresco	40grs.

Atún en agua	30grs.
Jamón o salchicha de pavo	30grs. -1 reb.

### CEREALES

Pan de caja	1 rebanada
Tortilla	1 pieza
Arroz o sopa de pasta	$\frac{1}{2}$ taza – cda.
Avena amaranto	2 cdas. soperas
Galletas marías	4 piezas
Galletas habaneras	3 piezas
Bolillo sin migajon	$\frac{1}{2}$ pieza
Elote de grano	$\frac{1}{3}$ taza
Papa, camote	$\frac{1}{2}$ pza. chica
Cereal de caja sin azúcar	$\frac{1}{2}$ taza
Granola sin miel	2 cdas. soperas

### GRASAS

Aceite vegetal	5ml.- 1 cdita.
Margarina	5ml.- 1 cdita.
Aguacate	$\frac{1}{2}$ pza.
Nuez, almendra	3 pzas.

## FRUTAS

Papaya	1 rebanada
Guayaba	3 pzas.
Durazno	2 pzas.
Pera, manzana	1 pza.
Mango	$\frac{1}{2}$ pza.
Uvas	$\frac{1}{2}$ tza
Sandia	1 tza
Melón	1 tza.
Naranja, mandarina	1 pza.
Jicama	1 tza.
Ciruelas rojas	3 pzas.
Fresas	$\frac{1}{2}$ taza
Lima	2 pzas.
Toronja	$\frac{1}{2}$ pza.
Pina	1 tza
Kiwi	1 pza.
Tejocote	3 pzas.
Guanábana	$\frac{1}{2}$ taza.
Zarzamora	$\frac{1}{2}$ taza
Frutas secas: Orejones, chabacano, datiles, ciruela pasa	2 pzas.

## VERDURAS

Nopales	1 taza
Calabacitas	1 taza
Chayote	1 taza
Ejote	1 taza
Apio	1 taza
Rábanos	1 taza
Verdolagas	1 taza
Zanahoria	$\frac{1}{2}$ taza
Chile poblano	1 pza.
Jitomate	1 pza.
Acelga cruda	1 taza.
Betabel	$\frac{1}{2}$ taza.
Champiñón	$\frac{3}{4}$ taza.
Flor de calabaza	$\frac{1}{2}$ taza.
Germinado de alfalfa	2 tazas
Lechuga	2 tazas
Pepino	2 tazas
Chíncharo en vaina	$\frac{1}{2}$ taza
Chíncharo limpio	$\frac{1}{4}$ taza
Cebolla	$\frac{1}{2}$ taza
Col	1 taza
Coliflor	1 taza

## LEGUMINOSAS

Fríjol cocido	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar
Haba cocida	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar
Lenteja cocida	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar
Garbanzos cocidos	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar
Fríjol de soya cocido	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar
Soya texturizada	$\frac{1}{2}$ taza-1 cda. Guisar

## AZUCARES

Azúcar	1 cucharada
Miel	1 cucharada
Mermelada	1 cucharada
Cajeta	1 cucharada
Ate	10 grs.
Gelatina agua	$\frac{1}{2}$ taza

Salsa catsup	2 cditas.
Chocolate	1 cucharada
Polvo saborizante	1 cucharada
Bebida Láctea fermentada	1 pieza.

## **DIETA PROPORCIONADA A LA PACIENTE**

### **MENU 1**

#### **DESAYUNO**

- 1) Leche descremada 1 tza.
- 2) 1 quesadilla
- 3) Jugo de lima 1 tza.

#### **COLACION**

- 1) Manzana 1pza.

#### **COMIDA**

- 1) Filete de pescado 1pza.
- 2) Sopa de arroz <sup>1/2</sup> tza.
- 3) Ensalada de lechuga 2 tzas.
- 4) Agua natural 1 vaso

#### **COLACION**

- 1) Uvas <sup>1/2</sup> tza

#### **CENA**

- 1) Papaya 1 tza.
- 2) Leche descremada <sup>1/2</sup> tza.
- 3) Galletas marías 5 pzas.

## **MENU 2**

### **DESAYUNO**

- 1) Cereal con leche:
  - cereal 1 tza.
  - Leche descremada 1 tza.
- 2) Gelatina <sup>1/2</sup> tza.

### **COLACION**

- 1) Kiwi 1pza

### **COMIDA**

- 1) Caldo de pollo
  - pollo 30grs
  - zanahoria <sup>1/2</sup> tza.
  - Calabacitas <sup>1/2</sup> tza.
  - Chayote <sup>1/2</sup> tza.
  - Papa <sup>1/2</sup> tza.
- 2) Tortilla 1 pza.
- 3) Agua de avena 1 tza.

### **COLACION**

- 1) Melón 1 tza.

### **CENA**

- 1) Yogurt <sup>1/2</sup> tza.
- 2) Panque 1 rebanada

## **MENU 3**

### **DESAYUNO**

- 1) Sándwich de jamón
  - 
  - Pan integral 2 rebanadas
  - Jamón de pavo 1 rebanada
  - Queso panela 1 rebanada
- 2) Jugo de naranja 1 tza.

### **COLACION**

- 1) Durazno 1pza.

### **COMIDA**

- 1) Caldo de res
  - zanahoria <sup>1/2</sup> tza.
  - Calabacitas <sup>1/2</sup> tza.
  - Chayote <sup>1/2</sup> tza.
  - Papa <sup>1/2</sup> tza.
- 2) Tortilla 1 pza.
- 3) Aguacate 1 rebanada

### **COLACION**

- 1) Pera 1 pza.

### **CENA**

- 1) Pan tostado integral
- 2) Yogurt <sup>1/2</sup> tza.

## **MENU 4**

### **DESAYUNO**

- 1) Chocomilk de papaya
  - Papaya <sup>1/2</sup> tza.
  - Leche descremada 1 tza.
  - Azúcar 1 cucharada
  - Chocomilk en polvo <sup>1/2</sup> cucharada
- 2) Panque 1 rebanada

### **COLACION**

- 1) Mango <sup>1/2</sup> tza.

### **COMIDA**

- 1) Picadillo
  - carne molida 120 grs.
  - papa 1 pieza
  - zanahoria picada <sup>1/2</sup> tza.
  - Chíncharos <sup>1/2</sup> tza.
  - aceite 1 cdita
- 2) Tortillas 1 pza.
- 3) Agua de guanábana 1 tza.

### **COLACION**

- 1) Guayaba 3 pzas.

### **CENA**

- 1) Fruta con yogurt
  - Yogurt <sup>3/4</sup> tza.
  - Papaya 1 tza.
  - Melón 1 tza.

## **MENU 5**

### **DESAYUNO**

- 1) Avena 1tza.
- 2) Galletas marías 5 pzas.

### **COLACION**

- 1) Manzana 1 tza.

### **COMIDA**

- 1) Sopa de verduras 1tza
- 2) Bistec de Pollo 1pza.
- 3) Ensalada
  - Lechuga 1tza.
  - zanahoria rayada <sup>1/2</sup> tza.

### **COLACION**

- 1) Mango 1 tza.

### **CENA**

- 1) Leche descremada 1tza.
- 2) Camote enmielados 1 pza.

## EVALUACIONES GERIATRICAS

### ESTADO DE LA MEMORIA (MINI-MENTAL)

Es una prueba objetivamente valida (estandarizada) para cuantificar el estado cognoscitivo. Evalúa brevemente funciones como: orientación, atención, calculo, memoria (registro y evocación) y lenguaje (denominación, repetición, lectura y escritura) y copia de un polígono.

5	2	¿Qué fecha es hoy? (años, estación, mes, día, fecha completa) <b>Invierno, Enero</b>
5	3	¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país) <b>Casa, Zamora, México</b>
3	2	Nombre 3 objetos (lápiz, llave, libro) <b>llave, libro</b>
5	0	Qué reste empezando en 100 de 7 en 7 (o de 20 de 3 en 3) hasta 5 respuestas <b>93, 84, 79, 72, 65</b>
3	2	Pregunte los 3 objetos aprendidos <b>lápiz, libro</b>
2	2	Muestre una pluma y un reloj
1	1	Que repita la frase “ni sies, ni noes, ni peros”
3	3	Que cumpla la siguiente orden verbal: tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad con ambas manos y colóquela en el piso con su mano izquierda. <b>Toma con mano derecha , dobla el papel con ambas manos y coloca en el piso con la mano izquierda</b>
1	1	Que lea la frase “cierre los ojos”
1	0	Que escriba una oración
1	0	Que copie el diseño gráfico (pentágonos cruzados)

PUNTUACION MÁXIMA: (30)

**Calificación total: (16)**

## **EVALUACIÓN FUNCIONAL**

### **ESCALA DE KATZ PAR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA**

La medición de la actividades de la vida diaria básicas se centra en las capacidades requeridas para cubrir las necesidades habituales, actividades que una persona debe ser capaz de hacer si ayuda.

1. BAÑO

**SI**

No necesita ayuda o la necesita para bañarse una parte del cuerpo.

2. VESTIDO

**NO**

Prepara las prendas y se viste si ayuda, excepto par anudarse los zapatos.

3. ASEO

**NO**

Va al cuarto de baño, usa el WC, se arregla la ropa y vuelve si ayuda (puede emplear un bastón o un andador para soporte y utilizar una cuña u orinal por la noche).

4. DESPLAZAMIENTO

**NO**

Entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda (puede utilizar bastón).

5. CONTINENCIA

**NO**

Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidentes esporádicos).

6. ALIMENTACIÓN

**SI**

Se alimenta a si mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan).

**PUNTUACIÓN TOTAL (máxima 6)**

**Calificación total: (2)**

## ESCALA DE LAWTON PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Esta medición se centra en las capacidades, además de las básicas diarias, necesarias para vivir con independencia en la comunidad.

A	<p>Usted puede preparar sus propios alimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sin ayuda</b></li> <li>2. <b>Con alguna ayuda</b></li> <li>3. <b>No puede preparar ningún alimento</b></li> </ol>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p><b>0</b></p>
B	<p>Usted puede hacer su quehacer/trabajo o reparaciones en casa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sin ayuda</b></li> <li>2. <b>Con alguna ayuda</b></li> <li>3. <b>No puede hacer ningún trabajo en casa.</b></li> </ol>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p><b>0</b></p>
C	<p>Usted puede lavar su ropa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sin ayuda</b></li> <li>2. <b>Con alguna ayuda</b></li> <li>3. <b>No puede lavar nada</b></li> </ol>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p><b>0</b></p>
D	<p>Usted puede tomar sus medicinas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sin ayuda</b></li> <li>2. <b>Con ayuda</b></li> <li>3. <b>No puede tomar medicinas si ayuda</b></li> </ol>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p><b>1</b></p>
E	<p>Usted puede ir a lugares distantes (no caminando), usando transporte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Si ayuda</b></li> <li>2. <b>Con ayuda</b></li> </ol>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p><b>0</b></p>

	<b>3. No puede transportarse sin ayudas especiales</b>		
F	<p>Usted puede ir a comprar lo necesario para la casa (mercados, supermercado):</p> <p>1. <b>Sin ayuda</b></p> <p>2. <b>Con alguna ayuda</b></p> <p>3. <b>No puede ir a comprar en absoluto</b></p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<b>0</b>
G	<p>Usted puede manejar su dinero:</p> <p>1. <b>Sin ayuda</b></p> <p>2. <b>Con alguna ayuda</b></p> <p>3. <b>No puede manejar su dinero</b></p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	0
H	<p>Usted puede usar el teléfono:</p> <p>1. <b>Sin ayuda</b></p> <p>2. <b>Con alguna ayuda</b></p> <p>3. <b>No puede usar el teléfono</b></p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<b>1</b>

Puntuación final (máximo de 16)

**Calificación total (2)**

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA

Esta escala permite identificar signos de depresión en el anciano. Cada respuesta con asterisco cuenta un punto.

Evaluación	si/no
1. ¿Esta usted satisfecha con su vida? *	<b>SI*</b>
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	<b>SI*</b>
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?	<b>SI*</b>
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	NO
5. ¿Tiene usted esperanzas en el futuro? *	NO*
6. ¿Esta usted molesta por pensamiento que no puede alejar de su mente?	<b>SI*</b>
7. ¿Esta de buen humor la mayor parte del tiempo? *	NO*
8. ¿Tienen usted miedo de que algo le vaya a suceder?	<b>SI*</b>
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo? *	NO
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	<b>SI*</b>
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	<b>SI*</b>
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	NO
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	NO
14. ¿Cree usted que tiene mas problemas con su memoria que los demás?	SI
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora? *	SI
16. ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	<b>SI*</b>
17. ¿Se siente usted que nadie lo aprecia?	<b>SI*</b>
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	<b>SI*</b>
19. ¿Cree usted que la vida es muy emocionante? *	<b>NO*</b>
20. ¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?	SI
21. ¿Se siente usted lleno de energía? *	<b>NO*</b>

22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?	<b>NO*</b>
23. ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	<b>NO</b>
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	<b>SI*</b>
25. ¿Tienen usted ganas de llorar con frecuencia?	<b>NO*</b>
26. ¿Tienen usted problemas para concentrarse?	<b>SI*</b>
27. ¿Disfruta usted levantarse por las mañanas? *	<b>SI</b>
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	<b>SI*</b>
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? *	<b>NO*</b>
30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	<b>NO*</b>

TOTAL DE PUNTOS (21)

\* Puntos para depresión

Calificación:

Normal	5-12 puntos.
Depresión leve	13-22 puntos.
Depresión intensa	23-30 puntos.

Nota: llora durante las preguntas

## **EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI EQUILIBRIO**

Instrucciones: el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúa:

### **Balance sentado:**

Se va de lado o resbala = 0 **0**  
Firme y seguro = 1

### **Levantarse:**

Incapaz sin ayuda = 0 **1**  
Capaz pero usa brazos = 1  
Capaz sin brazos = 2

### **Intenta levantarse:**

Incapaz sin ayuda = 0  
Capaz en mas de un intento =1 **1**  
Capaz sin brazos = 2

### **Balance inmediato al levantarse (5seg):**

Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 **1**  
Estable pero c/ apoyo físico =1  
Estable sin ningún apoyo = 2

### **Balance de pie:**

Inestable = 0 **1**  
Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cms) o apoyo físico = 1  
Estable con base normal de sustentación =2

**Empujón:** (el sujeto esta con los pies juntos, el examinador empuja sobre el esternón 3 veces)

Comienza a caer = 0 **0**  
Se tambalea pero se recupera = 1  
Esta firme = 2

**Ojos cerrados:** (misma posición)

Inestable = 0 **0**

Estable = 1

**Giro de 360°:**

Pasos irregulares = 0 **0**

Pasos uniformes = 1

Inestable = 0

Estable = 1

**Al sentarse:**

Inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) = 0 **1**

Usa los brazos o esta inseguro = 1

Seguro baja con suavidad = 2

Puntuación final (máximo de 16)

**Calificación subtotal (5)**

## MARCHA

Instrucciones: la persona se pone de pie con el examinador, camina lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a “su paso”, de regreso “rápido” pero con precaución (usando su apoyo habitual)

### **Inicio de la marcha: (inmediatamente luego de decirle sale).**

Duda o intenta arrancar mas de una vez = 0  
No titubea = 1

### **Longitud y elevación del paso:**

#### **Balance de pie derecho:**

No rebasa al pie izquierdo = 0  
Rebasa al pie izquierdo = 1  
El pie derecho no deja el piso = 0  
El pie derecho deja el piso = 1

#### **Balance de pie izquierdo:**

No rebasa el pie derecho = 0  
Rebasa al pie derecho = 1  
El pie izquierdo no deja el piso = 0  
El pie izquierdo deja el piso = 1

### **Simetría entre izquierdo y derecho**

Desigual = 0  
Uniforme = 1

### **Continuidad en los pasos:**

Discontinuos = 0  
Parecen continuo = 1

### **Rumbo:**

Marcada desviación = 0  
Desviación moderada o se apoya = 1  
Derecho sin auxilio = 2

### **Tronco:**

Balance marcado o usa apoyo físico = 0 **1**

No hay balance pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos = 1

No balanceo no flexiona = 2

**Base de sustentación:**

Talones separados = 0 **1**

Talones se tocan al caminar = 1

Puntuación final (máximo de 12)

**Calificación subtotal (8)**

**CALIFICACIÓN TOTAL: (13)**

# EJERCICIOS

## PROGRAMA I

### PIERNAS

Ejercicios:

**1) Acostado boca arriba.**

- Subir y bajar los pies 10 veces.
- Hacer grandes círculos con ambos pies 10 veces en cada sentido.
- Manteniendo los pies arriba doblar y estirar los dedos 10 veces.
- Doblar una rodilla al abdomen lo mas que se posible ayudándose con las manos, volver a estirar. Alternando 10 veces.
- Manteniéndole pie arriba y la rodilla bien fija abrir y cerrar las piernas. Alternando 10 veces.
- Manteniendo los pies arriba y las rodillas bien fijas, rodar ambas piernas hacia adentro y hacia fuera. Repetir 10 veces.

**2) Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyándose con las manos.**

- Llevar las rodillas al abdomen ayudándose con las manos y regresar. Repetir 20 veces.

**3) Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyando los pies sobre el colchón.**

- Pasar ambas rodillas juntas hacia la derecha y la izquierda hasta que tope con el colchón.
- Subir la cadera hacia el techo lo más que sea posible, bajar lentamente. Repetir 10 veces.

**NOTA:** Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

## PROGRAMA II

### BRAZOS

Ejercicios:

#### 1) Sentado.

- Subir un brazo bien estirado por delante hacia el pecho (viendo la palma de la mano). Bajar lentamente por delante. Alternándolos brazos 10 veces.
- Subir ambos brazos bien estirados por delante hacia el techo (viendo las palmas de las manos). Bajar lentamente por delante. Repetir 10 veces.
- Subir un brazo bien estirado de lado hasta la horizontal. Bajar lentamente de lado. Repetir 10 veces.
- Subir ambos brazos bien estirados de lado hasta aplaudir sobre la cabeza. Bajar lentamente. Repetir 10 veces.

#### 2) Sentado, brazos estirados a los lados.

- Abrazar fuertemente y volver a separar. Repetir alternado el brazo de arriba 10 veces.

#### 3) Sentado.

- Aplaudir delante y detrás del cuerpo 10 veces.
- Manos en la cabeza, juntar y separar los codos lo mas que sea posible 10 veces.
- Estirar codos y dedos hacia abajo. Estirar codos y dedos hacia delante. Estirar codos y dedos hacia los lados. Estirar codos y dedos hacia arriba. Repetir 5 veces cada uno.

#### 4) Sentado manos sobre la cintura.

- Hacer grandes círculos con la cabeza 5 en cada sentido.
- Estirar una rodilla lo mas que se posible subiendo el pie. Mantener 6 segundos, bajar. Alternando las rodillas 5 veces.

**NOTA:** Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

Si las articulaciones duelen mucho, efectuar los ejercicios boca arriba.

Elaborado por: Geriatra: Dr. Julio Pérez Guzmán.