



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



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DE ATENCION DOMICILIARIA
APLICADO A UNA ADULTA MAYOR CON
SECUELAS
DE
ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:

MARIA ISABEL HERNANDEZ ARREDONDO
No. DE CUENTA 401521089



ASESORA: L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN 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.

AGRADECIMIENTO

A DIOS. Por darme la oportunidad de dar un paso más en mi vida.

A MI MADRE. Por el apoyo incondicional que siempre me da.

A todas las personas que me ayudaron a la realización de este trabajo ala Lic. En Enfermería y Obstetricia Ignacia Escalera Mora, Rocío Ramírez Hernández y María de los Ángeles Vega Cuellar.

A la institución que me formó “Escuela de Enfermería de Zamora A.C.”

Con amor

Isabel

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACION	2
3. OBJETIVOS	3
3.1 OBJETIVO GENERAL	3
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	3
CAPITULO I	
4. METODOLOGIA	4
4.1 Tipo y diseño	4
4.2 Modelo de relación	4
4.3 Guías de valoración	4
4.5 Técnicas de trabajo	4
CAPITULO II	
5. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	5
5.1 Datos biográficos	5
5.2 Las necesidades humanas de Virginia Henderson	6
5.3 Supuestos del modelo conceptual de Virginia Henderson	7
5.4 Conceptos básicos	8
5.5 Antecedentes históricos del proceso enfermero	10
6. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	11
6.1 Valoración	11
6.2 Diagnóstico	14
6.3 Planificación	15
6.4 Ejecución	18
6.5 Evaluación	18

7. CAMBIOS NORMALES EN EL ADULTO MAYOR	19
CAPITULO III	
8. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	29
8.1 Historia clínica	29
8.2 Organización de datos	31
8.3 Identificación de datos	36
8.4 Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería	41
8.5 Plan de cuidados	44
8.6 Plan de alta	57
9. CONCLUSIONES	62
10. BIBLIOGRAFIA	63
11. ANEXOS	65

1. INTRODUCCION

La enfermería en la actualidad lucha por consolidarse como una disciplina científica, en la que tiene su propio criterio y proporciona cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

El adulto mayor se encuentra en un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, proceso en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y esta delimitado por este. Si bien todos los fenómenos del envejecimiento son dados en todos, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo. El envejecimiento como todo lo humano siempre lleva el sello de lo singular, lo único, lo individual.

En el presente trabajo brindo cuidados a una cliente adulto mayor que por su incapacidad de mover falanges de ambas manos por secuelas de accidente automovilístico por lo que es dependiente y mi objetivo es brindar cuidados que ayuden a mejorar su independencia y su calidad de vida. Ella padece hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Para lograr mi objetivo realice un proceso basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2. JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como finalidad realizar un proceso enfermero de un paciente adulto mayor con secuelas de accidente automovilístico en el que se brindan cuidados individualizados y planeados de acuerdo a sus respuestas humanas y así evitar complicaciones y qué mejor manera de hacerlo, que aplicando el proceso enfermero que está basado en el método científico.

El motivo por el cuál realizo el presente proceso enfermero es el de proporcionar un cuidado integral y holístico a la Sra. M.R.A., para mejorar su independencia y calidad de vida ya que actualmente sufre de limitación falángica de ambos miembros superiores.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería, por lo que debe de empezar a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso enfermero 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.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un proceso enfermero aplicado a cliente adulto mayor, que es dependiente en la mayoría de sus necesidades físicas brindando cuidados de manera integral y holística que ayuden a mejorar su independencia y mejorar su calidad de vida.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

1. Hacer la valoración de enfermería con base a las catorce necesidades de Virginia Henderson asegurando una valoración integral.
2. Construir diagnósticos de enfermería a partir del análisis y síntesis de los datos objetivos y subjetivos, definiendo el tipo de diagnóstico.
3. Establecer un plan de cuidado individual y eficiente que permita realizar acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.
4. Que mi cliente logre mayor independencia con las acciones de enfermería empleadas.
5. Que mi cliente mantenga una mejor calidad de vida con los resultados obtenidos.

CAPITULO I

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO Y DISEÑO.

Tipo descriptivo y observacional.

Proceso enfermero que se aplico a una usuaria adulto mayor durante año en su domicilio por personal de enfermería y actualmente se continúa con los cuidados de enfermería.

4.2 MODELO DE RELACION

Este trabajo se basa al modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades

4.3 GUIAS DE VALORACION

Utilización de modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se empleo la exploración física.

4.4 TECNICAS DE TRABAJO

Se empleo la exploración física, interrogatorio a hijos y enfermeras que están encargadas del cuidado. La otra técnica es el proceso enfermero que consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

Valoración: Nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta.

Diagnóstico: Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Planeación: Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Ejecución: Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

Evaluación: Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de los objetivos y valorar las competencias de la enfermera(o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

5. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON DE ENFERMERIA

5.1 DATOS BIOGRAFICOS.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la primera Guerra Mundial, despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería DEL Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializo como enfermera docente.

En 1955 publico en su libro The Nature Nursing por primera vez su definición de enfermería: “La única función de una enfermera es ayudar a l individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntando o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible” (Marriner, 1999).

5.2 Las Necesidades Humanas Básicas según Henderson, Son:

1.- Respirar con Normalidad.- Es la función por medio de la cual el organismo inspira del exterior oxigeno para mantener la vida y elimina del interior los gases nocivos.

2.- Comer y Beber Adecuadamente.- Es necesidad de cada organismo el consumir una dieta que sea completa, equilibrada, suficiente, adecuada para mantenerse en buen funcionamiento.

3.- Eliminar los Desechos del Organismo.- El organismo debe desechar los residuos por el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no útiles, por medio de orina y las heces fecales.

4.- Movimiento y Mantenimiento de una Postura Adecuada.- El mantener una buena postura y realizar ejercicio físico permite tener una mejor circulación permitiendo así mejorar las funciones del cuerpo.

5.- Descansar y Dormir.- Es una necesidad básica para el ser humano debe cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacerla, a fin de tener un funcionamiento óptimo.

6.- Seleccionar Vestimenta Adecuada.- La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, forma parte de la cultura y es un rasgo que lo hace diferente de los demás.

7.- Mantener la Temperatura Corporal.- La temperatura corporal es el grado de calor que genera el cuerpo en un determinado momento. La temperatura en un adulto mayor sano oscila entre los 36 y 36.5° C.

8.- Mantener la Higiene Corporal.- La higiene corporal es una forma de conservar la salud física, además el cuidar la piel ayudara a impedir la entrada de cualquier microorganismo.

9.- Evitar los Peligros del Entorno.- El ser humano debe protegerse de toda agresión externa o interna, para mantener así la integridad física.

10.- Comunicarse con otros.- La Comunicación es un proceso en donde se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas, comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona puede relacionarse con otra, utilizando como medios los sentidos.

11.-Ejercer Culto a Dios acorde con la religión.- Cada persona se desenvolverá en la sociedad de acuerdo a sus valores o educación recibida.

12.- Trabajar de Forma que Permita Sentirse Realizado.- El trabajar es una forma en el que el individuo desarrolla su capacidad creadora, es un medio para conseguir el sustento diario permitiéndole así satisfacer necesidades básicas.

13.- Participar en Actividades de Recreación y Ocio.- Es el realizar actividades con el fin de distraer o entretener al individuo ayudándolo a tener momentos de descanso.

14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. El adquirir conocimiento y Habilidades, ayuda al ser Humano a modificar comportamientos para alcanzar, mantener o recuperar su salud.

5.3 SUPUESTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud; La salud se expresa en sensación de bienestar, al perderla se buscan los medios para recuperarla lo más rápido posible.
- Cada individuo es una totalidad completa que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo en su integridad, ni es independiente. (García 1997)

VALORES

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales.
- Cuando la enfermera desempeña el papel de medico, delega su función a otro personal preparado de forma inadecuada.
- La sociedad busca y espera de la enfermería un servidor único y comprometido que ningún otro trabajador pueda prestar (García 1997)

5.4 CONCEPTOS BASICOS

ENFERMERIA.- Henderson definió la enfermería como La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, 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 necesario.

SALUD.- Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO.- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

ROL PROFESIONAL.- Acciones que lleva acabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente.

Henderson identifico tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia a la práctica independiente.

1.- SUSTITUTA DEL PACIENTE: Estado de enfermedad grave la enfermera se considera como un sustituto de las necesidades del paciente para sentirse integro o independiente.

2.- AUXILIAR DEL PACIENTE: Lo ayuda para adquirir o recuperar su independencia.

3.- COMPAÑERA DEL PACIENTE: Imparte educación al paciente y a la familia logrando así una relación importante con el paciente. Una de las metas debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible.

INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA

Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. A fin de mantener en estado optimo la propia salud. Cuando esto no es posible, aparece

una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de conocimiento o falta de voluntad.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser considerados de acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Se presenta cuando una necesidad no está satisfecha por la presencia de alguna dificultad, apareciendo así manifestaciones de dependencia.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son obstáculos, limitaciones personales, o problemas del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades que son:

- a) **Falta de fuerza.-** No solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, si no también a la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, tomando en cuenta el estado emocional e intelectual.
- b) **Falta de conocimiento.-** Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la enfermedad.
- c) **Falta de voluntad:** La persona no se compromete o está incapacitada para satisfacer sus necesidades.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Este modelo es aplicable en todas las etapas, ya que en las etapas de valoración y diagnósticos sirve de guía en la recogida de datos, en el análisis y síntesis de los mismos; determinándose el grado de independencia/dependencia de cada necesidad, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición del problema y su relación con las causas de dificultad.

5.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles para la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1995 lo describió 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 la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la FACE diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9).

Para Asociación Americana de enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

“se considera el proceso de enfermería con sus características con seis características a saber finalidad, es sistemático, dinámico, flexible, interactivo posee una base teórica”. Al hablar de finalidad debe entenderse que se dirige a un objetivo, el hecho de ser sistemático nos dice que es un planteamiento organizado para el logro del objetivo, (el hecho de ser sistemático nos dice que es un planteamiento organizado para el logro del objetivo) (evitar la intuición), el que sea dinámico es porque responde a un cambio continuo, se caracteriza evolutivo porque se orienta según las respuestas del paciente, se dice que es de naturaleza interactiva porque se basa en las relaciones recíprocas entre enfermera-paciente. Es flexible porque se puede adaptar al ejercicio de enfermería en todas sus áreas, y su base teórica nos habla de que el proceso es el resultado de conocimientos científico y humano y se puede aplicar en cualquier modelo de enfermería.

6. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

6.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

Tipo de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona, lo que dice sentir o percibir.

Datos objetivos: Están constituidos por información real, observable. Se puede medir por cualquier escala o instrumento.

Datos históricos: Antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista clínica: Tiene como objetivo obtener información sobre la persona Existen dos tipos de entrevista, formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista:

Es un proceso que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados que facilite la relación enfermera/paciente y pueda permitir a la persona informarse y participar en el identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a

determinar, que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación:

Implica la utilización de los sentidos para obtener la información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa en su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física:

Determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad se obtienen datos para comparar y evaluar las eficacias de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se realizan 4 técnicas:

* **Inspección:** Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o comportamientos específicos.

* **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.

* **Palpación:** Se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

* **Percusión.** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos.

VALIDACION Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Su propósito es confirmar que la información obtenida es verdadera. Se considera datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados. Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayudan a identificar problemas y posibles diagnósticos de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas.¹

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACION

¹ Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555pp.

Es la actividad de informar y registrar los datos para dar un seguimiento o acelerar el diagnóstico y tratamiento del paciente. Los propósitos que siguen esta comunicación y registro son.

- *Mantener la comunicación entre los profesionales de salud.
- *Demostrar la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad establecidas.
- *Permitir la evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- *Evidencia de carácter legal.
- *Permitir la investigación en enfermería.

Las normas para la correcta anotación de registros en la documentación de acuerdo con Iyer (1989) son:

- *Deben estar descritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor y opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- * Las descripciones e interpretaciones de los datos subjetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- * Evitar las generalizaciones y términos vagos (normal, Regular).
- *Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño.
- * La anotación debe ser clara y concisa.
- * Se describiera de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- * Las anotaciones serán correctas tanto ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

6.2 DIAGNOSTICO DE EMFERMERIA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. O bien es la frase durante la cual la enfermera analiza los datos obtenidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para la persona así como las fuentes de dificultad que las provoca.

El diagnóstico de enfermería es el “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir las intervenciones encaminadas a lograr los objetivos que son responsabilidad de la enfermería”.²

6.3 PLANIFICACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- *Alta Prioridad: Problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.
- *Mediana Prioridad: Suponen una amenaza para la salud.
- *Baja Prioridad: Surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería. (Kozier, 1999)

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

Describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- *Dirigir los cuidados.
- *Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- *Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- *Medir la eficacia de las actuaciones.
- *Normas generales para la descripción de objetivos
- *La formulación debe ser simple, clara y concisa.

² Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill interamericana, México 1989.

- *El objetivo debe ser propio de una persona
- *Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- *La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- *Debe evolucionar con la situación.
- *Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- *Elaborar objetivos cortos.
- *Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería. Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.³

Los objetivos deben reunir las siguientes características

Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivo específico). Están dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque de ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o una función.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Phaneuf, M- La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México³

Objetivos a mediano plazo: Requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo mas prolongado. (Kozier, 1999)

Objetivos del paciente: Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos

ELABORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo. ⁴

Intervenciones independientes: Es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervenciones dependientes: Incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.

Intervenciones interdependientes: Trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como

⁴ Kozier, Batal. Fundamentos de enfermería 5ª Ed, vol 1 Conceptos procesos y práctica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.⁵

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

6.4 EJECUCION

Es poner en práctica los cuidados programados.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados "... y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados" (Iyer 1997:224).

Los pasos de la ejecución son:

Preparación.

Intervención.

Documentación.

6.5 EVALUACION

Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?

¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas mas señalados?

¿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 (Alfaro1999:182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay respuesta satisfactoria, la enfermera(o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas (Leddy1989:”63) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

7. CAMBIOS NORMALES EN EL ADULTO MAYOR

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

>**Cambios Biológicos:** Todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad.

>**Cambios Psíquicos:** Cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.

>**Cambios Sociales:** Se estudia el papel del anciano en la comunidad, Cambios Biológicos.

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, titulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

1.- Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la

diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células.

También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

2.- Envejecimiento en la piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, Palidez y velocidad de crecimiento disminuida. .

Desde el punto de vista estructural: En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas. ⁶

3.- Envejecimiento del cabello:

Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

⁶ García LMV, Rodríguez, PC, Toronjo, GAM. Enfermería del Anciano. Editorial Difusión Avances de Enfermería , España.2001.420pp.

4.- Envejecimiento en las uñas:

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

5.- Envejecimiento óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

6.- Envejecimiento muscular:

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

Envejecimiento articular:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:

Cambio de Estructura cardiovascular:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Cambios en la Función cardiovascular:

Existe un lentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.

El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

7.- Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debido a la pérdida del número y del calibre de los capilares inter alveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alvéolo capilar.

La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.

Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

8.- Envejecimiento del Aparato Digestivo:

No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad

del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.

Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.

En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

9.- Envejecimiento del Sistema Genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples. Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, éstas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.

El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.

En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal.

En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

10.- Envejecimiento del Sistema Endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

11.- Envejecimiento del Sistema Inmunitario:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

12.- Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloide en las células.

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos.

A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc...). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución.

En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratinitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más

Lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera. La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartílago y en el varón suelen proliferar pelos.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Cambios Psíquicos

13. Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad

para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

14. Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteración patológica. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocida.

Cambios Sociales

15. Cambio de Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión

emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

16. Cambio de Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

17. Cambio de Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación.

CAPITULO III

8. APLICACION DEL PROCESO ENFERMERO A UNA USUARIA, ADULTO MAYOR CON PÉRDIDA DE SU INDEPENDENCIA

VALORACION SEGUN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

8.1 HISTORIA CLINICA

NOMBRE: M.R.A.

EDAD: 80 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: casada

OCUPACIÓN: Hogar

ESCOLARIDAD: primaria

LUGAR DE NACIMIENTO: Zamora Michoacán

RELIGION: Católica.

AHF

Mama finada de EVC.

APP

Diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, esquema completo de vacunación, cirugías realizadas apendicetomía hace 15 años e histerectomía por miomas, hospitalización por accidente automovilístico.

AGO

Menarca: ?

Gestas: 6

Partos: 6

Abortos: 0

Cesárea: 0

FUR: ?

APNP

Alcoholismo y tabaquismo en ocasiones en la juventud.

Habita en casa urbana, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios necesarios, con 5 habitaciones donde habitan 2 personas y se encuentran con buena iluminación y ventilación, sin hacinamiento ni promiscuidad.

Baño y cambio de ropa diario.

HISTORIAL DEL CLIENTE

La cliente tiene accidente automovilístico hace 5 años en la que sufre traumatismos en ambas manos quedando con inmovilidad en falanges por lo que se solicita al personal de enfermería sus cuidados en su domicilio, se dieron terapias de rehabilitación durante un mes, posteriormente se suspendió por decisión de la cliente. Permanece así durante los próximos 4 años siendo dependiente en el cuidado de su persona.

Inició con cuidados de enfermería hace un año donde la recibo con diagnóstico médico de hipertensión, diabetes mellitus e inmovilidad en falanges de ambas manos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente del sexo femenino adulto mayor de 80 años que se encuentra en su domicilio ella padece diabetes mellitus e hipertensión y es dependiente para realizar necesidades básicas, por lo que tiene personal de enfermería las 24 horas del día.

8.2 ORGANIZACIÓN DE DATOS

Necesidad de oxigenación.

No presenta dificultad para respirar, presenta tos ocasionalmente no productiva, no refiere dolor asociado con la respiración, fumo

aproximadamente 20 años, no cuantificados los cigarrillos ya que era variable la cantidad según el estado emocional.

A la inspección se observa expansión torácica completa, respiraciones continuas sin esfuerzo y regulares con una frecuencia de 18 respiraciones por minuto, sin presencia de estertores y ligera sibilancia, con llenado capilar al segundo, presión arterial de 140 sobre 80 milímetros de mercurio, mamas de forma redonda de tamaño medio simétrico, piel lisa, pezones sin inflamación, presenta sensibilidad al tacto y no se palpan masa o nódulos.

Comer y beber adecuadamente.

No presenta dificultad para la masticación ya que tiene prótesis dentales fijas. Su dieta es alta en carbohidratos y consume carne magra diariamente, realiza tres comidas al día, no presenta trastornos digestivos, intolerancia alimentaria o alergia. Toma poco líquidos durante el día. Necesita que la alimenten.

A la inspección se observa panículo adiposo abundante en el área abdominal, se observan cicatrices de histerectomía y apendisectomía, peristalsis a la auscultación.

Necesidad de eliminación.

Evacua una vez al día por la mañana en cantidad moderada, sus características, son de consistencia blanda, color verde oscuro sin presencia de moco, en ocasiones presenta dificultad para evacuar por lo que se le administra laxante.

Presenta polaquiuria, el color de la orina es amarillo claro con olor característico, no refiere disuria.

Necesidad de movilidad y postura.

Presenta sedentarismo, solo camina para ir al baño y para ir a comer.

A la exploración física, en miembros superiores no puede flexionar falanges de ambas manos y el brazo derecho no puede realizar extensión

completa debido a secuelas de accidente automovilístico, refiere haber recibido rehabilitación que posteriormente abandona.

En la marcha refiere la necesidad de compañía de una persona para sentirse segura, (a sufrido caídas) presenta ligera cifosis.

Necesidad de descanso y sueño.

Duerme aproximadamente de 8 a 10 horas durante la noche, toma Táfil de .25 miligramos media tableta cada 24 horas.

El lugar donde vive es cómodo por lo que no influye en su descanso y sueño, su habitación es amplia así como su cama, el colchón es ortopédico y cuenta con buena ventilación e iluminación.

A la inspección se encuentra tranquila, orientada en tiempo y espacio.

Necesidad de usar prendas de vestir.

Utiliza prendas de vestir de acuerdo al clima. Normalmente utiliza en su casa pijamas, solo cuando sale utiliza ropa formal que ella sola elige y es adecuada, necesita que la vistan por su incapacidad para hacerlo.

Necesidad de termorregulación.

La temperatura mínima que maneja es de 35.3 grados centígrados y la máxima es de 36.2 grados centígrados, dependiendo del clima, la medición es axilar.

A la palpación las extremidades superiores e inferiores presentan frialdad.

Necesidad de higiene y protección.

Se da baño de regadera diariamente por las mañanas, el aseo de manos no se realiza con frecuencia, se le lavan los dientes tres veces al día, solo que le molesta el cepillado influyendo en un mal lavado dental presentando alitosis.

A la inspección tiene buena presentación, la ropa esta limpia, solo que la interior desprende olor a orina (esto cuando se lleva al baño). No

presenta resequedad de la piel, sus labios se encuentran deshidratados y fisurados. Piel lisa e hidratada, presenta frialdad y palidez en área falángica.

En miembros inferiores la piel se encuentra hidratada sin escoriaciones, con presencia de oncomicosis.

En el área del coxis presenta una úlcera por presión

Necesidad de evitar peligros.

Conoce las medidas preventivas para evitar accidentes en el hogar, toma precaución en la marcha y cuando utiliza las escaleras, cuenta con esquema de vacunación completo. En el baño no cuenta con medidas de seguridad (antiderrapantes).

Refiere ligera disminución visual y auditiva.

A la exploración física presenta reflejos pupilares normales, no hay presencia de secreción ocular, tiene disminución visual en ambos ojos por opacidad del cristalino.

Necesidad de comunicarse.

Vive con su esposo, tiene poca comunicación con él. Su comunicación consiste solamente en el saludo.

Presenta dificultad del habla, no son entendibles muchas palabras.

Sus hijos y nietos la visitan poco, es apática con las personas que no son muy allegadas a ella.

Necesidad de creencias y valores.

Es católica no va a misa solo la escucha por la televisión todos los días, para ella la vida es bonita siempre y cuando la sepa disfrutar, la muerte es algo natural por la que todos vamos a pasar.

Algunos de sus valores son deficientes ya que es irrespetuosa con las personas desconocidas, maneja agresividad con frecuencia.

Necesidad de trabajo y realización.

El rol que desempeña es de mujer, madre, abuela, manifiesta sentirse satisfecha con el modo de vida que lleva ya que en su juventud realizó sus objetivos y en este momento no necesita hacer nada, por que sus hijos proveen todo lo que ella necesita.

No realiza ninguna actividad por que se siente incapacitada para hacerlo.

Participar en actividades recreativas.

Solo le gusta ver la televisión durante el tiempo que no duerme y en ocasiones acepta salir a algún lugar a comer con sus hijos.

Necesidad de aprendizaje.

Solo curso la educación primaria.

No acepta recibir enseñanzas y recomendaciones, refiere no tener sentido la enseñanza a su edad.

8.3 IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
1.Oxigenación	No presenta dificultad para respirar, a pesar de haber fumado aproximadamente 20 años, el entorno no afecta su oxigenación	FR: 18x´ FC:76x´ T/A: 140/80mmhg	Parcialmente independiente
2.Nutrición e hidratación	Dieta habitual: Carne7/7, verduras 4/7, pollo1/7, cereales 3/7, frutas 3/7, ingiere 3 vasos de agua al día, consume suplemento alimenticio (Enterex), realiza 3 comidas al día.	Piel y mucosa oral ligeramente deshidratada, peso de 82Kg. Talla 1.54cm. Índice de masa corporal.	Parcialmente dependiente.

<p>3.Eliminación</p>	<p>Evacua una vez al día en cantidad moderada, de consistencia blanda, de color verde oscuro sin presencia de moco y sangre, refiere que en ocasiones sufre de estreñimiento por lo que toma laxante.</p>	<p>Abdomen con cicatrices de apendisectomía e histerectomía, movimientos intestinales lentos.</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>
<p>4.Movilidad y postura</p>	<p>Su actividad es mínima, solo camina para ir al baño y para comer.</p>	<p>No puede mover falanges de ambas manos y el brazo derecho no puede realizar extensión completa.</p>	<p>parcialmente dependiente</p>
<p>5.Descanso y sueño</p>	<p>Duerme aproximadamente de 8 a 10 horas durante la noche, Táfil de .25mg media tableta cada 24 horas.</p>	<p>Tranquila, orientada en tiempo y espacio.</p>	<p>Parcialmente dependiente.</p>
<p>6.Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>Necesita que la vistan por su incapacidad de mover falanges, elige su ropa de manera independiente.</p>	<p>Viste acorde a su edad, en la casa usa pijama con pantuflas, para salir usa pantalón, blusa y zapato.</p>	<p>Parcialmente dependiente.</p>

7.Termorregulación	Utiliza ropa abrigadora o ligera según al clima, la temperatura varía según la época del año, tiene buena ventilación.	La temperatura es de 35.3 a 36.2 grados centígrados. Sus extremidades superiores e inferiores son frías.	Parcialmente dependiente.
8.Higiene y protección de la piel	Baño de regadera diario, aseo bucal tres veces al día no le gusta que la cepillen varias veces por lo que influye en el mal lavado dental presentando halitosis.	Su presentación es buena, Solo su ropa interior desprende olor a orina esto cuando se lleva al baño.	Dependiente.
9.Evitar peligros	Cuenta con el esquema de vacunación completo, conoce las medidas preventivas para evitar accidentes en el hogar, utiliza zapato con suela antiderrapante, toma precauciones en la marcha y cuando baja escaleras.	Refiere ligera disminución visual y auditiva de ambos ojos, no hay secreciones.	Parcialmente dependiente

10. Comunicación	Presenta dificultad para comunicarse por que no son entendibles algunas palabras debido a secuelas de traumatismo.	Es apática con personas que no conoce, tiene poca comunicación con su esposo y solo consiste en el saludo.	Parcialmente dependiente.
11. Valores y creencias	Es católica	Escucha misa todos los días.	Independiente
12. Trabajo y realización	Mujer, madre, abuela, manifiesta sentirse satisfecha con el modo de vida que tiene, porque en su juventud realizo sus objetivos, no necesita nada.	Los hijos proveen todo lo que necesita.	Independiente.
13. Participar en actividades recreativas	Solo le gusta ver la televisión.	En ocasiones acepta salir a comer con sus hijos se observa tranquila y de buen humor.	Independiente.

14.Aprendizaje	No acepta recibir enseñanzas y recomendaciones.	Refiere no tener sentido la enseñanza.	Independiente.
-----------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------

**8.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1.- Movilidad y postura	Déficit de autocuidado de alimentación relacionado con problemas con la movilidad falángica manifestado por dificultad para llevar los alimentos desde el plato hasta la boca.
2.- Movilidad y postura	Incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico relacionado con ausencia de motivación manifestado por Falta de seguimiento de tratamiento.
3.- Movilidad y postura	Riesgo de traumatismo relacionado con edad extrema de la vida, historia de traumatismo previo y existencia de factores previos en el hogar.
4.- Movilidad y postura	Intolerancia a la actividad relacionado con proceso de envejecimiento manifestado por sensación de irritabilidad.
5.- Movilidad y postura	Déficit de autocuidado: vestido /acicalamiento relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse y en la realización de prácticas para mantener una apariencia física satisfactoria.

6.- Higiene y proyección de la piel	y	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión, inmovilización manifestado por presencia de eritema y destrucción de capas dérmicas en área coccígea.
7.- Higiene y proyección de la piel	y	Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de la piel.
8.- Higiene y proyección de la piel	y	Déficit de autocuidado: baño / higiene relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas.
9.- Nutrición e hidratación	e	Déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución en la ingesta de líquidos manifestado por resequedad de la piel y mucosas.
10.- Nutrición e hidratación	e	Alteración de la nutrición por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso superior a un 20% al ideal para su talla.
11.- Eliminación		Estreñimiento relacionado con proceso de envejecimiento y dieta pobre en residuos (fibra) manifestado por disminución de la frecuencia de eliminación intestinal y esfuerzo excesivo para la defecación.

12.- Termorregulación	Riesgo de alteración de temperatura relacionado con edad extrema manifestado por temperatura corporal por debajo de los rangos considerados de normalidad.
13.- Comunicación	Deterioro de la interacción social relacionado con falta de habilidad para establecer relaciones humanas armoniosas manifestado por expresiones verbales de malestar en relaciones sociales.

8.5 PLAN DE CUIDADOS

1.-Necesidad: Movilidad y postura.

Diagnóstico Real: Déficit de autocuidado de alimentación relacionado con problemas con la movilidad falángica manifestado por dificultad para llevar los alimentos desde el plato hasta la boca.

Objetivo: La cliente mejorará su independencia en la alimentación mediante la motivación constante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>1.-Realizar ejercicios pasivos miembros superiores, inferiores con participación de la cliente y apoyo del personal de enfermería.</p> <p>2.- Se asiste en la alimentación ala cliente.</p>	<p>1.-Con seguimiento de la rehabilitación física se alcanza el potencial físico.</p> <p>2.- La asistencia del personal de enfermería en la alimentación me la mejora la calidad de la alimentación y calidad de vida.</p>	<p>1.-La cliente acepta la realización de movimientos pasivos y activos en área falangita.</p> <p>2.- La cliente acepta la participación del personal de enfermería para la alimentación.</p>	<p>1.-La cliente mejoró la condición de movimiento.</p> <p>2.- La cliente acepta la participación de enfermería solo cuando lo necesita.</p>

2.- Necesidad: Movilidad y postura

Diagnóstico Real: Incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico relacionado con ausencia de motivación manifestado por falta de seguimiento de tratamiento.

Objetivo: La cliente continuará con su tratamiento fisioterapéutico con apoyo del personal de enfermería

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.- Acompañar las terapias de rehabilitación con música de su agrado.	1.- La musico terapia estimula la audición, relaja y motiva a realizar actividades.	1.-La música favorece la respuesta de la Sra. M.R.A.	2.-Mostró entusiasmo al realizar sus ejercicios.

3.- Necesidad: Movilidad y postura

Diagnóstico de Riesgo: Riesgo de traumatismo relacionado con edad extrema de la vida, historia de traumatismo previo y existencia de factores previos en el hogar.

Objetivo: La usuaria podrá prevenir lesiones traumáticas por caídas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.-Promover el uso de calzado con suela antiderrapante y Colocación de antiderrapante en baño.	1.-El antiderrapante es un objeto que evita el desliz sobre una superficie lisa.	1.-El antiderrapante evitará caídas por deslizamiento.	1.-La cliente acepta el calzado antiderrapante.
2.- Dar apoyo físico durante la marcha y el uso de escaleras.	2.-El apoyo del personal de enfermería durante la marcha da seguridad.	2.- La señora Martha acepta el apoyo por parte del personal de enfermería.	2.-Muestra seguridad en la marcha.

4.-Necesidad: Movilidad y postura

Diagnóstico Real: Intolerancia a la actividad relacionado con proceso de envejecimiento manifestado por sensación de irritabilidad.

Objetivo: La cliente podrá realizar actividades de acuerdo a su edad

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.-Designarle actividades que sea capaz de realizar de acuerdo a su edad. (Abrocharse loa botones de la pijama, poner crema en su cara, lavarse las manos y secarlas).	1.-El envejecimiento conlleva a un declive general de la actividad física que tiene efecto significativo.	1.-Realizara las actividades planeadas solo cuando quiere.	1.-La cliente no acepta las actividades.
2.- Dar masaje corporal para relajarla.	2.-El masaje es un sistema de contacto terapéutico, el tacto, logra estímulos específicos, mejorando la salud.	2.- La cliente acepta el masaje.	2.- Disminuye el estado de irritabilidad

5.- Necesidad: Movilidad y postura

Diagnóstico Real: Déficit de autocuidado: vestido /acicalamiento relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse y en la realización de prácticas para mantener una apariencia física satisfactoria.

Objetivo: La usuaria podrá mejorar la participación en la manipulación de ropa

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.-Brindar alternativas en el manejo de las prendas de vestir como son: indicarle la forma de tomar las prendas.	1.- La acción de vestirse requiere de la coordinación de ambos miembros superiores	1.-Que la cliente logre mantener una adecuada coordinación de miembros superiores	1.-Participó activamente durante el procedimiento de cambio de ropa.

6.-Necesidad: Higiene y protección de la piel

Diagnóstico Real: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión, inmovilización manifestado por presencia de eritema y destrucción de capas dérmicas en área coccígea.

Objetivo: La cliente aumentará la actividad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Estimular que camine por lo menos 10 minutos tres veces al día.	Las escaras por presión comienzan a formarse después de las 72 horas en una misma posición. El movimiento físico favorece la circulación sanguínea y evita lesiones cutáneas. Los ejercicios de rehabilitación asistidos desarrollan fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular mejorando el funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo.	La movilidad física determinará el estado de la piel disminuyendo el riesgo de lesión cutánea.	La cliente acepta caminar tres veces al día.

7.-Necesidad: Higiene y protección de la piel

Diagnóstico de Riesgo: Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de la piel.

Objetivo: La señora Martha no tendrá proliferación de microorganismos patógenos en el área afectada

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Realizar curación diaria tomando en cuenta técnicas de asepsia y antisepsia.	La antisepsia es un conjunto de mecanismos en los cuales se eliminan los microorganismos patógenos.	Realizar un procedimiento adecuado basado en reglas asépticas y antisépticas.	La escasa por presión se erradicó sin complicaciones.

8.-Necesidad: Higiene y protección de la piel

Diagnóstico Real: Déficit de autocuidado: baño / higiene relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas.

Objetivo: La señora Martha aumentará la participación durante el baño de regadera.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Proporcionar esponja para que intente la fricción en diferentes partes del cuerpo	La fricción corporal ayuda al arrastre de microorganismos.	Tener al alcance los recursos materiales	La paciente participa en el cuidado de la higiene corporal

9.-Necesidad: Nutrición e hidratación

Diagnóstico Real: Déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución en la ingesta de líquidos manifestado por resequead de la piel y mucosas.

Objetivo: La cliente logrará aumentar la ingesta de líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.-Se le explica la importancia del consumo de agua para favorecer la salud. 2.-Se recomienda ingerir de 2 a 3 litros de agua al día se ofrece agua preparada con frutas naturales, evitando aguas dulces, refrescos y café. .	1.-El agua es un líquido fundamental, actúa como medio del metabolismo celular, facilita la excreción de desechos orgánicos y es el medio de transporte de nutrientes. 2.-El agua favorece la adecuada digestión y eliminación de alimentos y mejora la condición de piel y mucosas. Las frutas son una fuente de vitaminas.	1.- Que consuma una cantidad adecuada de líquidos. 2.- la señora Martha tendrá la capacidad de ingerir entre 2 y 3 litros de agua al día.	Aumenta la ingesta de líquidos paulatinamente y logra ingerir la cantidad adecuada de agua.

10.-Necesidad: Nutrición e hidratación

Diagnóstico Real: Alteración de la nutrición por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso superior a un 20% al ideal para su talla.

Objetivo: La cliente logrará mejorar sus hábitos alimenticios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.- Fomentar la educación nutricional.	1.-La educación es la base para que se modifiquen determinados patrones de conducta en beneficio de la adaptación y de la salud.	1.- La cliente acepta conversaciones de educación nutricional.	1.- Acepta la educación nutricional.
2.-Mejorar la cantidad y calidad de alimentos.	2.-Dieta variada que incluya todos los grupos de alimentos, evita deficiencias nutrimentales.	2.-Calcular una dieta balanceada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales.	2.-Se logró disminuir paulatinamente la cantidad de alimentos y mejoró la calidad de los mismos.
3.-Proporcionar una atmósfera agradable y cierta socialización durante las comidas.	3.- Un ambiente emotivo y socialmente positivo favorece la nutrición.	3.- La paciente muestra confianza en la interacción enfermera-cliente.	3.-Logra expresar sus gustos y preferencias de alimentos.

11.- Necesidad: Eliminación

Diagnóstico Real: Estreñimiento relacionado con proceso de envejecimiento y dieta pobre en residuos (fibra) manifestado por disminución de la frecuencia de eliminación intestinal y esfuerzo excesivo para la defecación.

Objetivo: La cliente mejorará la eliminación intestinal después de aplicar acciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.- Ofrecer alimentos ricos en fibra. 2.- Aumentar la ingesta de líquidos motivándola a la ingestión con horario establecidos 3.- Aumentar la actividad física mediante ejercicios pasivos	1.- Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo. 2.- Un hábito intestinal normal se mantiene mediante el aporte diario de fibra, de 6 a 8 vasos de agua y ejercicio. 3.- La actividad física favorece el tono muscular necesario para la expulsión de heces	1.-Una dieta balanceada favorecerá el tránsito intestinal. 2.- La cliente muestra interés por tomar mayor cantidad de agua. 3.- La Señora Martha participa en la realización de ejercicios en el abdomen.	1.- La cliente acepta alimentos ricos en fibra. 2.-La cliente aumenta la ingesta de líquidos respetando horarios. 3.-La cliente acepta los ejercicios circulares en el abdomen y ella participa en la realización de ejercicios y mejoró la eliminación intestinal

12.-Necesidad: Termorregulación

Diagnóstico Real: Riesgo de alteración de temperatura relacionado con edad extrema manifestado por temperatura corporal por debajo de los rangos considerados de normalidad.

Objetivo: La cliente mantendrá la temperatura dentro de los rangos considerados de normalidad mediante acciones específicas del personal de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
1.-Evitar corrientes de aire. 2.-Poner ropa más abrigadora. 3.- Dar masaje en miembros superiores e inferiores. 4.-Estimular a la cliente para que deambule.	1.- Las corrientes de aire disminuyen la temperatura corporal en personas vulnerables. 2.- La ropa abrigadora aumenta la temperatura corporal. 3.- El masaje incrementa la circulación cutánea por lo que aumenta la temperatura corporal 4.-La deambulaci3n incrementa la circulaci3n sanguínea y por lo tanto la temperatura corporal.	1.- La cliente manifiesta si siente corrientes de aire frío. 2.- La cliente acepta la ropa abrigadora. 3.- La señora Martha acepta que le den masaje en sus miembros superiores e inferiores. 4.- La cliente acepta la deambulaci3n por más tiempo.	1.-La cliente mejora parámetros de temperatura, mantendrá un ambiente óptimo de temperatura

13.- Necesidad: Comunicación

Diagnóstico Real: Deterioro de la interacción social relacionado con falta de habilidad para establecer relaciones humanas armoniosas manifestado por expresiones verbales de malestar en relaciones sociales.

Objetivo: La señora Martha mejorará las relaciones humanas efectivas

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Incitar a la cliente a establecer conversaciones con familiares	Las relaciones humanas son necesarias para subsistir.	Estimular al cliente para que participe en las conversaciones.	Parcialmente logrado debido a sus emociones.

8.6 PLAN DE ALTA

Actualmente se esta brindando cuidados de enfermería a mi cliente y para esta evaluación se trabajó con la cliente durante un año.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	VALORACIÓN DE ALTA
1.- Movilidad y postura	1.- Déficit de autocuidado relacionado con problemas con la movilidad falángica manifestado por dificultad para llevar los alimentos desde el plato hasta la boca.	Mejóro la habilidad para tomar los utensilios (cuchara y tenedor).
2.- Movilidad y postura	2.-Incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico relacionado con ausencia de motivación manifestado por falta de seguimiento de tratamiento.	Se logra el seguimiento del tratamiento debido a la mejoría observada.

<p>3.- Movilidad y postura</p>	<p>3.-Riesgo de traumatismo relacionado con edad extrema de la vida, historia de traumatismo previo y existencia de factores previos en el hogar.</p>	<p>Se evitaron los riesgos relacionados con posibles traumatismos (caídas)</p>
<p>4.- Movilidad y postura</p>	<p>4.-Intolerancia a la actividad relacionado con proceso de envejecimiento manifestado por sensación de irritabilidad.</p>	<p>Continúa manifestando rechazo al realizar algunas actividades.</p>
<p>5.- Movilidad y postura</p>	<p>5.- Déficit de autocuidado: vestido /acicalamiento relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para vestirse y desvestirse y en la realización de prácticas para mantener una apariencia física satisfactoria.</p>	<p>Participa activamente durante el cambio de ropa, logrando coordinar sus extremidades superiores.</p>

6.- Higiene y protección de la piel	6.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión, inmovilización manifestado por presencia de eritema y destrucción de capas dérmicas en área coccígea.	Recupera la integridad cutánea del área coccígea.
7.- Higiene y protección de la piel	7.- Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de la piel.	Disminuye el riesgo de infección ya que no hay presencia de lesión cutánea.
8.- Higiene y protección de la piel	8.-Déficit de autocuidado: baño / higiene relacionado con problemas en la movilidad falángica manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas.	Participa activamente en las maniobras durante el baño de regadera.

<p>9.- Nutrición e hidratación</p>	<p>9.- Déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución en la ingesta de líquidos manifestado por resequead de la piel y mucosas.</p>	<p>La respuesta del cliente fue favorable ya que paulatinamente mejoró la condición de la piel y mucosas.</p>
<p>10.- Nutrición e hidratación</p>	<p>10.- Alteración de la nutrición por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso superior a un 20% al ideal para su talla.</p>	<p>Disminuyó la cantidad y mejoró la calidad reconsumo de alimentos.</p>
<p>11.- Eliminación</p>	<p>11.- Estreñimiento relacionado con proceso de envejecimiento y dieta pobre en residuos (fibra) manifestado por disminución de la frecuencia de eliminación intestinal y esfuerzo excesivo para la defecación.</p>	<p>En la actualidad no presenta estreñimiento y continúa con una dieta rica en fibra.</p>

<p>12.-Termorregulación</p>	<p>12.-Riesgo de alteración de temperatura relacionado con edad extrema manifestado por temperatura corporal por debajo de los rangos considerados de normalidad.</p>	<p>Su temperatura se encuentra estable.</p>
<p>13.- Comunicación</p>	<p>13- Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas manifestado por expresiones verbales de malestar en relaciones sociales.</p>	<p>Se observa una mejoría en la comunicación social.</p>

9. CONCLUSIONES

El proceso enfermero es importante en la profesión de enfermería ya que mediante su metodología nos guía para lograr nuestros objetivos con cada paciente y para llevar a cabo un cuidado integral y holístico. Para la elaboración del proceso enfermero es importante, tener la guía de una teórica que en este caso utilice el modelo de Virginia Henderson.

Utilizar este modelo me fue fácil por que permite identificar las necesidades de independencia y dependencia con facilidad.

El trabajar con un adulto mayor enriquece por todas las experiencias que aporta de su vida y que desafortunadamente la sociedad no valora.

Realizar el proceso de enfermería fue una experiencia agradable porque la paciente mostró más confianza y seguridad, aunque los objetivos no fueron logrados en todos los aspectos y esto fue gracias a que la paciente no puso el 100% de si mismo, pero lo que se logro, si mejoro su independencia y mejoro su calidad de vida.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Tucker/Canobbio/Paquette/Weels, Normas de cuidados del paciente
- 2.-Editorial Harcourt/Océano, Barcelona España, 795pp.
- 3.-Lynda Juall Carpenito Diagnósticos de enfermería Editorial MC Graw
- 4.-Hill Interamericana, Aravaca Madrid 2003, 935pp.
- 5.-Susana Rosales Barrera Fundamentos de enfermería Editorial
- Editorial 6.-manual moderno, México DF-Bogota 2004. 532pp.
- 7.-Collier, MF. Promover la vida. Editorial MC Graw Hill
- Interamericana, España, 1993. 395 pp.
- 8.-Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España,
1985. 506 pp.
- 9.-Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería.
- Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
- 10.-García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia
- Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
- 11.-Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y
- Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
- 12.-Iyer, W, Taptich, B, et al. Proceso y diagnostico de enfermería.
- Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
- 13.-Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial
- Masson, Barcelona, 167 pp.
- 14.-Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos,
- procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México
- 1999.
- 15.-Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed.
- editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
- 16.-Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial
- Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
- 17.-Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial
- Mc Graw Hill Interamericana, México.
- 18.-Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial
- Manual Moderno, México, 1999. 556p.

- 19.-Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
- 20.-Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.
- 21.- García LMV, Rodríguez, PC, toronjo, GAM Enfermería del Anciano Editorial difusión Avances Enfermería, España 2001.420pp.
- 22.- Kaschak,ND Jakovac.S.D. Planes y cuidados en Geriatría Editorial Mosy/Doyma. España 1994. 803pp.
- 23.- Staab, Hodges, LC. Enfermería Gerontológica Editorial Mc Graw Hill, Interamericana, México 1998.225pp.
- 24.- Mary M. Burke, B.Walsh Enfermería Gerontológica Elsevier España. 1998. 646pp.

11. ANEXOS

Persona: es un todo integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

Necesidades básicas: La satisfacción de las 14 necesidades básicas es un requisito fundamental para mantener la integridad de la persona, no se puede considerar una de ellas sin tener en cuenta las demás. Las necesidades son: respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, vestido, mantener la temperatura corporal, higiene, evitar peligros, comunicación, valores y creencias, realización, ocio y aprender.

Cuidados de enfermería: Es el conjunto de intervenciones enfermeras basadas en un juicio clínico y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliéndola cuando ésta no puede hacerlo o trabajando con ella para desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma.

Intolerancia a la actividad: Reducción en la capacidad fisiológica de la persona para resistir el grado deseado o requerido de actividad (Magnan, 1987).

Diagnóstico de enfermería: es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud real o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.

Diagnósticos de enfermería reales: Describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que los definen. Este tipo de diagnóstico de enfermería consta de cuatro componentes: etiqueta, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Factores relacionados: Son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud. Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicos (biológicos y psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambiental, personal) y de maduración.

Independencia: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones, apropiadas que el sujeto realiza por si mismo, sin ayuda de otra persona.

Dependencia: Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo.

PROPUESTA DE TRABAJO

- Elaborar y llevar a cavo un expediente clínico, único de enfermería que contenga un historial de la cliente, realizar notas de enfermería de cada turno, evolución y tratamiento farmacológico prescrito, para incluir a mis compañeras y dar seguimiento del proceso enfermero.
- Incrementar la comunicación con las compañeras enfermeras, sobre las acciones de enfermería empleadas en el turno y la respuesta de la paciente con la finalidad de mejorar la calidad de atención de enfermería.

Dieta para un adulto mayor

Se debe consumir una dieta variada que incluye todos los grupos de alimentos, con la finalidad de evitar deficiencias nutrimentales.

Durante la preparación de los alimentos o durante su consumo, se sugiere evitar agregar cantidades excesivas de sal, ya que esto incrementa el riesgo de padecer hipertensión. También se recomienda el consumo por lo menos de 3 litros de agua al día. Esta dieta se puede realizar hasta por 2 meses consecutivos sin problema.

Desayuno:

1 plátano o ½ bolillo sin migajón
Chilaquiles sin freír con 2 tortillas
1 vaso de leche descremada
1 jugo de naranja chico.

Comida:

1 papa ó 1 taza de arroz ó 1 taza de frijoles
Sopa de verduras o consomé
100 gr. de pollo o pescado
Ensalada verde

Y de postre:

Arroz con leche ó gelatina.

Cena:

1 pan de dulce ó 2 enfrijoladas con queso
ó 1 mollete con frijoles
Café o leche descremada.

***Alimentos que no están permitidos:**

- *Carnes grasosas**
- *Cremas, aderezos cremosos**
- *Dulces y chocolates**

Opciones de desayuno

<p>*Vaso de yogurt natural</p> <p>*Una tasa de papaya</p> <p>*Panela 30grs.</p> <p>*Una rebanada de pan integral</p> <p>*Un vaso de leche Light</p>	<p>*Un vaso de leche Light</p> <p>*3/4 de taza Corn flakes o una quesadilla</p> <p>*1/2 tasa de melón o medio plátano</p> <p>*</p>	<p>*Un jugo de naranja o lima 200ml.</p> <p>*2 huevos al gusto</p> <p>*Una rebanada de pan integral</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Comidas

<p>*Un consomé o sopa de verduras</p> <p>*Una ensalada verde y guisado de carne de res, pollo o pescado 100grs.</p> <p>*Agua de fruta sin azúcar</p>

Cena

<p>*Vaso de leche descremada 200ml</p> <p>*Una tasa de fruta</p> <p>*Una rebanada de pan integral</p>	<p>*Un vaso de yogur natural 150mgs</p> <p>*Una manzana o pera</p>	<p>*medio vaso de yogurt natural</p> <p>*Una rebanada de jamón</p> <p>*Una rebanada de pan integral</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recomendaciones:

Los líquidos no deben endulzarse

Ni con sustitutos de azúcar

Tomar de 2 a 3 litros de agua

Pirámide de orientación alimentaria para personas mayores



Sea cual sea la edad, mantener una alimentación equilibrada y practicar ejercicio con regularidad es necesario para mantener la buena salud. Asimismo, dejar hábitos nocivos y recrear la mente en actividades lúdicas es muy beneficioso para los **adultos mayores**.

Con el paso de los años nuestro organismo sufre muchos **cambios**, en particular en el **aparato gastrointestinal**, tales como la reducción en la producción de saliva, adelgazamiento y atrofia de las encías, disminución de las papilas gustativas, tendencia al reflujo, entre otros.

Es por ello que las personas seniles tienen que recibir una dieta que se adapte a la nueva condición de su sistema digestivo y asegure una adecuada nutrición, que incluya lo siguiente:

- Topo tipo de comidas, pero que sean **fáciles de digerir**, y servidas en pequeñas cantidades.
- Buena cantidad de líquido, sobre todo entre comidas.

- Uno o dos vasitos de **vino** al día (si se tiene la costumbre y no hay prescripción médica que lo prohíba).
- **Reducir** al mínimo los **alimentos calóricos** pero bajos en nutrientes como los dulces, la bollería, las sodas, etc.
- Buena presentación para estimular el apetito y en pequeños bocados para **facilitar la masticación**.

Ejercicios de rehabilitación

Puño:

- De pie o sentado en una silla
- Cerrar lentamente la mano, todo lo que sea posible hasta lograr hacer puño. “Nos podemos ayudar de una pelota blanda o una esponja”.
- Se puede realizar con la mano sumergida en agua caliente para conseguir una mayor relajación.

Extensión de dedos:

- Se aconseja realizar el ejercicio de pie.
- Abrir la mano y extender los dedos al máximo. Nos podemos ayudar si fuese necesario apretando la palma de la mano contra el plano de la mesa.

Separación de dedos:

- De pie o sentado en una silla.
- Con la mano abierta intentar separar los dedos (en forma de abanico), hasta el punto máximo.

Oposición:

- De pie o sentado en una silla.
- Con la yema de cada dedo intentar contactar por separado con la yema pulpejo de dedo pulgar.

Flexo- extensión de la muñeca:

- De pie o sentado en una silla.
- Mano cerrada (haciendo puño), Abierta o casi cerrada.
- Realizar lentamente movimientos de flexión y extensión de muñeca alternativamente.

Lateralización de muñeca:

- De pie o sentado en una silla.
- Mano abierta y dedos extendidos
- Realizar movimientos laterales con la muñeca, dirigiendo la mano hacia fuera y hacia dentro. Del cuerpo alternativamente.

Giro de muñeca:

- De pie o sentado en una silla.
- Hacer movimiento de rotación alrededor de la muñeca.

NOTA: Todos los ejercicios se realizan en series de 10. Ejercicios tres veces al día.