



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA MADURA APARENTEMENTE SANA
BAJO EL MODULO DE LAS 14 NECESIDADES
DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

PETRA REYES VALENZO

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. ROCÍO AMADOR AGUILAR

MÉXICO, D. F. OCTUBRE DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) por darme la oportunidad de prepararme y a todas mis maestras que colaboraron en mi formación de la Licenciatura, a mi directora del trabajo de Proceso Atención Enfermería Lic. Rocío Amador Aguilar.

Agradezco a mis padres por darme la vida y encausarme por el camino de la preparación.

Agradezco a mi esposo y a mis hijos por el apoyo y comprensión que me brindaron para poder realizar la Licenciatura y el Seminario de Titulación.

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de poder superarme en mi profesión.

ÍNDICE

TEMA	Página
Introducción.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
Marco Teórico Conceptual.....	.6
Cuidado.....	.6
PAE9
Teoría de Virginia Henderson.....	22
Adulto Maduro.....	30
Sobrepeso y obesidad.....	35
Presión Arterial e Hipertensión.....	39
Presentación del caso a una persona en el hogar.....	43
Aplicación del proceso Atención Enfermería a un adulto mayor en el hogar.....	44
Necesidad Básicas de valoración de Virginia Henderson.....	45
Análisis de los datos.....	51
Diagnósticos de enfermería y objetivos.....	52
.Plan de cuidados de enfermería.....	55
Conclusiones.....	66
Glosarios.....	67
Bibliografía.....	69
Anexos.....	71
Lumbalgia.....	72
Cuidado de boca.....	74

El alimento como Medio de Nutrición.....	75
Guía de valoración de enfermería vasado en las 14 necesidades fundamentales de Henderson	77

INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería existe desde hace milenios. Muy limitada en la antigüedad, el rol de la Enfermera se hizo cada vez más importante con la fundación de escuelas de Enfermería en Europa en el siglo XIX. Es gracias a Florence Nightingale, Enfermera inglesa, que la profesión fue descrita y puntualizada en una obra titulada *Notes sur le nursing*. En 1860, en Londres, fundó una escuela de Enfermería con un programa de 3 años de duración que tenía como objetivo preparar Enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión. Siguiendo el ejemplo de esta pionera, otras Enfermeras han clasificado el rol de la Enfermera y hoy en día tenemos numerosos escritos que explicitan la naturaleza de la profesión de la Enfermería, como el modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería, diciendo: "El rol fundamental de la Enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar su salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él 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 más rápidamente posible. (Riopelle-1997).

La elaboración del presente Proceso Atención de Enfermería requiere de un sustento teórico, como el modelo de Virginia Henderson valorando las 14 necesidades básicas del paciente, ya que viene a llenar el vacío de contar solo con nuestra voluntad a la hora de realizar el trabajo, con una base científica y constituye la base del ejercicio de Enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería se aplica a una persona madura, aparentemente sano, detectando alteraciones.

Siguiendo el modelo teórico de Virginia Henderson, el cual considero que es útil, en nuestra práctica profesional. En éste Proceso Atención de Enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), el instrumento de valoración de las 14 necesidades propuesta por Virginia Henderson, así como también el modelo teórico de la misma como marco de referencia en la práctica de Enfermería.

En la fase de valoración se realizó la recolección de datos a través de la observación, interrogatorio y examen físico. El paso final del proceso de valoración es la formulación de diagnósticos.

En la fase de planeación, donde se establecen las prioridades de los problemas diagnosticados, en la ejecución, donde la enfermera pone en práctica las

intervenciones de Enfermería y la evaluación se realiza con base a los objetivos previamente establecidos en el plan de cuidados. También se incluyen los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del adulto maduro y aspectos generales de las alteraciones de la alimentación y oxigenación.

La profesión de Enfermería tiene un compromiso de desarrollar un cuerpo de conocimientos, que fundamenten su práctica profesional de Enfermería, considerando que las ciencias básicas y las ciencias sociales son esenciales para la construcción de la disciplina científica en el estudio sistemático de los problemas de los cuidados de Enfermería, para brindarles a los pacientes una atención de calidad para quien son nuestra preocupación constante, las personas que cuidamos. Que sean ellos los que reclamen ser cuidados por profesionales de Enfermería, trabajemos para que nuestra profesión sea una profesión de cuidado, basado en conocimientos científicos considerando a la persona como un ser humano holístico.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la Enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida: su campo de acción son todos los espacios donde se desarrolla y en el que atiende la salud. La Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

Se elige la teoría de Virginia Henderson, a partir del cual se puede valorar a la persona bajo la perspectiva de 14 necesidades básicas del individuo y se caracteriza por el reconocimiento del ser humano en forma integral puesto que cada necesidad se valora según 3 aspectos importantes los biofisiológicos, psicológicos, socioculturales de tal forma se ha considerado realizar el Proceso Atención Enfermería a una persona en edad madura aparentemente sana, en la que se encuentran factores de riesgo que la Enfermera puede evitar que lleguen a causarle un padecimiento que la obligue a estar hospitalizado.

Es frecuente que la Enfermera (o) escriban procesos enfocados o personas hospitalizados, cuando debe considerarse que un campo de trabajo importante es el preventivo, es por esto que en este trabajo está enfocado a una persona aparentemente sana, donde se hace énfasis en características de adulto maduro, sobrepeso y obesidad, presión arterial e hipertensión.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería en forma exitosa para el beneficio de la persona-, basado en la teoría de Virginia Henderson que sea útil y aplicable a la práctica de Enfermería, para actuar en la prevención y promoción de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración de Enfermería tomando como base las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Identificar los datos objetivos y subjetivos a partir del análisis de la información obtenida de diversas fuentes durante la valoración.
- Construir los diagnósticos de Enfermería con base en los datos objetivos y subjetivos validados con valoración, elevando conocimientos en salud.
- Definir el plan de cuidados que incluye la planeación, la ejecución y la evaluación, con la finalidad de mantener el mejor estado de salud posible.

METODOLOGÍA

- Para desarrollar el Proceso Atención Enfermería primeramente se tuvo que cursar el seminario-taller de Proceso Atención Enfermería.
- Elegir a una persona aparentemente sana para realizar el Proceso Atención Enfermería.
- Elaboración y aplicación de un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de atención de Virginia Henderson.
- Establecimiento de diagnósticos y objetivos.
- Planeación de intervenciones.
- Fundamentación y evaluación.
- Elaboración de trabajo escrito.
- Revisión continuas por asesor académico.
- Aprobación profesor.
- Registro administrativo del proceso.
- Seguimiento de trámites administrativos para titulación.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

EL CUIDADO

Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres humanos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie (F. Colliere, 1997).

EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado profesional añade un componente científico, esto es aquellos saberes y acciones de reconocida eficacia utilizados en la asistencia a personas o comunidades. El cuidado de Enfermería se diferencia del resto de los cuidados profesionales ya que mantiene y desarrolla el bienestar de las personas.

Los cuidados profesionales son un aspecto central de la Enfermería y deben ser articulados sistemáticamente en los paradigmas y teorías de Enfermería, los cuidados pueden unificar dos cosmovisiones: el paradigma de la totalidad y el de la simultaneidad. Esta integración se lleva a cabo articulando los fenómenos de salud y enfermedad, las tecnologías en la salud y en la enfermedad determinados por una visión humanística, holística y compleja del ser humano.

Cuidar es prestar especial consideración en la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Esta visión antropológica comprensiva y profunda percibe el cuidado y la enfermedad como una oportunidad única para profundizar en la dignidad humana.

Cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para satisfacer sus necesidades.

La noción del cuidado ocupa un lugar central en el discurso de la Enfermería.

Desde el punto de vista disciplinario el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

El cuidado es el elemento esencial de la relación Enfermera-persona y la capacidad de la Enfermera para empalmar, es decir, sentir desde la persona, representa la principal característica de las relaciones profesionales.

El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo de la misma manera que la amistad, sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación, los elementos del cuidado suponen el encuentro entre el ser y la actualización entre personas, enfermeras y persona en una transacción inter-subjetiva estar con y hacer con que ocurre en un tiempo y espacio tal como son percibidos por el Enfermero y la Enfermera con una

finalidad determinada, la búsqueda del bienestar y la actualización, los encuentros entre la persona enferma y la persona enfermera son experiencias que actúan como catalizadores para la reelaboración y la reconstrucción de la personalidad humana.

TIPOS DE CUIDADO

El vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

- Los cuidados de costumbre y habituales: CARE relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.
- Los cuidados de curación: CURE relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: CARE representa a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía de forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor de luz o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc.

Los cuidados de naturaleza y habituales están basados en los hábitos, costumbres, creencias de cada grupo, por lo que cada cultura determina lo bueno y lo malo para conservar la vida.

Todos los cuidados que la madre proporciona a un hijo son los que día a día nos van a proporcionar la autonomía y que otros deben compensar cuando ésta autonomía se estrecha, disminuye o cuando la hemos perdido.

Las actividades que aseguran la continuidad de la vida son aquellas que satisfacen las necesidades básicas de la persona como es: comer, beber, evacuar, moverse, etc.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad:

CURE. Tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y detener sus causas.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todos aquellos que exige el tratamiento de la enfermedad añadiéndose a los cuidados habituales.

Sin el acompañamiento concomitante de los cuidados habituales (alimentarios, de higiene, y las relaciones que implican), asistimos a la estabilización o agravamiento del proceso de degeneración.

Cuando prevalece la CURE sobre la CARE, es decir, los cuidados de curación, descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean (física, afectiva, social, etc.) Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro reversible.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidado nos hace llegar a la encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen, no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino también al conjunto de la acción sanitaria y social (F. Colliere, 1977, pp 233-240)

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Sistema estructurado por una serie de pasos que nos llevan a identificar los problemas del ser humano con el fin de planear sus cuidados en forma ordenada y científica de acuerdo a los recursos existentes y tomando a la persona no como un ser aislado sino considerándolo dentro del ambiente al que pertenece.

El Proceso Atención Enfermería, es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados.

OBJETIVOS

- Construir una estructura, que individualice las necesidades de la persona, familia y comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, así como prevenir las enfermedades.
(<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>)

VENTAJAS DEL PROCESO

El proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional. Contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional Enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad que existe en el momento actual para el cliente son:

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

Para la enfermera:

- Se convierte en experta

- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional

CARACTERÍSTICAS

1. Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
2. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
4. Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
5. Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
6. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar en cualquier modelo teórico de enfermería
(<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>)

ETAPAS DEL PROCESO

La división del proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tiene solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase que esta realizando.

VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente.

Desde el punto de vista holístico que la Enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer ciertos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional. Conforman la actitud y las motivaciones del profesional. Lo que piensa, cree y siente sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad.
- Conocimientos profesionales. Deben tener una base de conocimientos sólida que le permita realizar una valoración en forma integral, estos conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas.
- Habilidades. Utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse en forma eficaz. Implica conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observarse sistemáticamente. Implica la utilización de guías que identifiquen los datos que se necesiten recoger.
- Diferencias entre signos de inferencia y confirmar impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoye, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.
- Criterios de valoración. Céfalo caudal.
- Criterios de valoración por sistemas y aparatos. Se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema y aparato en forma independiente.
- Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: la recogida de datos pone en manifiesto los hábitos y costumbres del individuo, familia o comunidad determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situaciones de riesgo con respecto al estado de salud y de sus procesos vitales.

FORMAS DE VALORACIÓN

Según Alfaro (1988) son: Valoración de datos fundamentales de la persona y sus procesos vitales (Carpenito 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio.

Valoración de datos específicos o valoración focalizada (Aspinall M. y Tanner C. 1985); se recogen datos sobre un problema concreto ya identificado.

EXAMEN DEL PACIENTE

Cada persona que pasa por las manos es individual y diferente a las demás y aunque todo el mundo tiene las mismas necesidades humanas básicas, estas se manifiestan de manera diferente en cada persona, mientras la enfermera efectúa la valoración del caso, lleva a cabo acciones de exploración y comunicación.

La exploración requiere el empleo de manos, de la vista, del oído, el olfato y así mismo, la emisión de juicios inteligentes, la adopción de decisiones fundadas y la aguda percepción problemática a la que se enfrenta la puesta en práctica.

TIPOS DE DATOS

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona.

Objetivos: Son aquellos que se pueden observar o medir.

Subjetivos: Los que la persona dice, que siente o percibe.

FUENTES DE DATOS

PRIMARIAS.- El paciente nos aportará datos objetivos y subjetivos.

SECUNDARIAS.- Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, estos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, el expediente clínico, etc.

MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN / DATOS

- 1.- Entrevista clínica.
- 2.- La observación
- 3.- La exploración física

IDENTIFICACION DE SEÑALES, SIGNOS Y SÍNTOMAS

La identificación de señales, signos y síntomas es la segunda etapa de la recogida de datos de la fase de valoración. Una señal es un dato que se percibe por alguno de los sentidos, un ejemplo es: pérdida de contacto visual.

VALIDACIÓN DE DATOS

Se consideran datos verdaderos, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Cuarto paso de la recogida de datos.- Organizan los datos por necesidades humanas (Maslow 1972)

(<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>)

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Iyer 1997: 3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

PASOS DE LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Son 4 pasos fundamentales:

- 1.- Razonamiento diagnóstico
- 2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- Validación
- 4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas ...” (Alfaro 1999: 88). La enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir un juicio clínico.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura

que deben tener los diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Es un “juicio clínico sobre la respuesta... (Alfaro, 1999: 81) humana...” de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales (...)(Luis 1993: 6) y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

“Los diagnósticos Enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE O DE COLABORACIÓN

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la Enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes “se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que lo sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga en el usuario (Luis 1998: 6)

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos Enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

REAL

“Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad...., y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos)...”(Luis 1998: 7) además de tener factores relacionados.

RIESGO (POTENCIAL)

“Describe respuestas humanas.... Que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables” (Luis 1998: 7) no existan características definitorias (datos objetivos y subjetivos), sólo se apoya en los factores de riesgo (Etiología).

DE SALUD

Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”(Luis 1998, 8).

VARIACIONES QUE PUEDEN PRESENTAR LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Las variaciones más comunes están en la existencia de múltiples factores relacionados o de riesgo, debido a la frecuencia con que el usuario, familia y comunidad presentan respuestas humanas derivadas de diferentes causas (multicausalidad).

Al estructurar diagnósticos Enfermeros se debe evitar:

- 1.- formular diagnósticos Enfermeros empleando terminología médica.
 - 2.- Identificar dos problemas al mismo tiempo.
 - 3.- Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
 - 4.- Usar debido a: en lugar de relacionado con: ya que la segunda fase identificada sólo “una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados “ (Iyer 1997: 139) y no necesariamente una causa – efecto).
 - 5.- Redactar diagnósticos Enfermeros con juicios de valor que surgen de “los valores personales, y normas del profesional de Enfermería” (Iyer 1997: 140) y no de datos objetivos o subjetivos.
 - 6.- Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
 - 7.- Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tengan igual significado.
 - 8.- Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera (o) puede solucionar o modificar en forma independiente.
- NOTA: Hay que asegurarse de escribir factores relacionados, que la Enfermera (o) pueden resolver con acciones independientes.
- 9.- Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico Enfermero.

3. VALIDACIÓN

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

- 1.- ¿La información recolectada del usuario / familia fue suficiente?
- 2.- ¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?
- 3.- ¿Las deducciones realizadas fueron acertadas?
- 4.- ¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?
- 5.- ¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A?
- 6.- ¿Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?
- 7.- ¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?
- 8.- ¿La estructura de los diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido?

Durante la validación, la Enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto, también es recomendable, solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes. De igual manera, identificar y jerarquizar las necesidades; De igual manera, identificar y jerarquizar las necesidades.

4. REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de Enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

(Proceso Enfermero Aplicación Actual, pp 51 a la 72)

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en la “Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo....” (Iyer, 1997: 157).

PASOS DE LA PLANEACIÓN

- 1.- Establecer prioridades.
- 2.- Elaborar objetivos
- 3.- Determinar acciones de enfermería
- 4.- Documentar el plan de cuidados

1. ESTABLECER PRIORIDADES

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a qué prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de Enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos Enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

2. ELABORAR OBJETIVOS

Los objetivos son una parte indispensable de la etapa de la planeación, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado...” (Alfaro 1998:121), al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados “son factores de motivación....” (Alfaro 1998: 121) al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

CARACTERÍSTICAS

1.- Centrarse en dar solución al problema (objetivo general), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos” (Luis 1998: 9) (Objetivo específico)

2.- Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos Enfermeros y cuando se trata de problemas interdependientes.

3.- Incluir verbos que se pueden observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

Los verbos observables y evaluables están: “Identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, discutir, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar....” (Alfaro 1999: 124).

4.- Ser claros y precisos con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición ((circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).

5.- Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.

6.- Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.

7.- Ser realistas, es decir, que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar.

8.- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

NOTA.- Algunos ejemplos de verbos de dominio cognitivo son: “enseñar, discutir, identificar, describir, hacer un listado y explorar”; del dominio afectivo: “expresar, compartir, escuchar, comunicar y relatar” y del dominio psicomotor: “demostrar, practicar, hacer, andar, inyectar y toser” (Alfaro 1999: 125).

DETERMINAR ACCIONES DE ENFERMERÍA

“Las intervenciones de Enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” (Iyer 1997: 186) y están encaminadas a

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

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de Enfermería específicos.

DOCUMENTAR 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 analizados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

INDIVIDUALIZADOS

Cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la Enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico Enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de Enfermería y evaluación.

ESTANDARIZADOS

En caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la Enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario.

COMPUTARIZADOS

Que surgen “de planes creados por ordenador” (Iyer 1997: 210), que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

4. EJECUCIÓN

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).

PASOS DE LA EJECUCIÓN

1.- Preparación

2.- Intervención

3.- Documentación

PREPARACIÓN

- 1.- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria (Iyer 1997: 225) haciéndose necesaria la revaloración”.
- 2.- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de Enfermería.
- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.- Delegar cuidados Enfermeros que se agreguen a “los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta” (Alfaro 1999: 160).

INTERVENCIÓN

Es 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.... (Iyer 1998: 231), la educación del usuario, familia y comunidad y la “comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” (Iyer 1998: 231). Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de Enfermería, para logra su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de Enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

DOCUMENTACIÓN

Es el registro que realiza la Enfermera (o) en las notas de Enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros 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” (Alfaro 1999: 166); respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y servir para estimar “el pago de los servicios prestados (Alfaro 1999: 166).

EVALUACIÓN

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, planificación y ejecución.

La evaluación es útil para: “Determinar el logro de los objetivos; identificar las variables.... que afectan..., decidir si hay que mantener le plan, modificarlo o darlo por finalizado...” (Alfaro 1999: 182).

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...” (Leddy 1989: 266) de la Enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.

(Proceso Enfermero Aplicación Actual pp 73 a la 94).

Se revisaron otras dos bibliografías acerca del Proceso Atención Enfermería, donde se encontró que dan a entender lo mismo nada más que con otras palabras y estas bibliografías son: (Proceso de Atención de Enfermería de Fernández Ferrín y Proceso de Atención de Enfermería de Leslie D. Atkinson).

TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Avenel Henderson (1897 – 1996)

- Nació en Kansas (Missouri) el 19 de marzo de 1897, en el año de 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios como enfermera en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D.C., se gradúa en el año de 1921. En 1922 inicia su carrera como docente en Norfolk Protestan Hospital de Virginia.
- 5 años más tarde ingresa en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en la rama de enfermería.
- 1929 Henderson ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester del profesorado e imparte cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería prácticas clínicas hasta 1948.
- 1948 – 1953 Realiza I revisión a la quinta edición del Text Book of the Principles and Practice of Nursing, de Berta Harper publicado en 1939.
- 1955 Publica la quinta edición de este libro que contenía la definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 Ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 – 1971 Dirige el proyecto Nursing Studies Index. Subvencionado por la Universidad de Yale Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 Su folleto Basic Principales of Nursing Care para el Internacional Council of Nurse que fue traducido en más de 20 idiomas.
- 1966 Publica su obra The Nature of Nursing, aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. Este libro fue impreso en 1991 por la Nacional League for Nursing, este texto ha construido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería habiéndose traducido en más de 25 idiomas.

- Durante la década de 1980 permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

(James Smith, Virginia Henderson pp 24, Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías de Enfermería pp 99-100)

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de 9 títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University
- Pace University
- University of Rochester
- Yale Univerity
- Entre otras

Es honrada con el primer premio Christiane Reimann, con el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, además de ser elegida como miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Asociación de Cursos Integrados y de Grado en Enfermería, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- 1978 Publica la sexta edición de The Principales of Nursing, fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1983 Recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la sigma Theta Tau International por su labor de liderazgo, uno de los más altos de esta sociedad.
- 1988 En la convención de la American Nurses Asociation (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- Virginia Avenel Henderson fallece de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de Enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en una leyenda viva por lo que la Biblioteca Internacional de Enfermería de la sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

(Marriner Tomey Ann, 1999 pp 100).

FUENTES TEÓRICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de Enfermería, el primero de ellos ocurrió en 1939 al revisar el texto de Berta Harmer e identificó este texto como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de las Enfermeras.

El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la Conferencia Regional de la National Nursing Council en 1946 su trabajo dentro del Consejo fue incluido en el informe de 1948, el cual señala que aquel informe reflejaba su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de la investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

La teoría de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de Enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de Enfermería humanística como arte y ciencia.

TEORÍA

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las actividades que las Enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de Enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de Enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son muy similares a las de Abraham Maslow; las 7 necesidades están relacionadas con la fisiología:

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Comer y beber de forma adecuada
- 3.- Evacuar los desechos corporales

4.- Moverse y mantener una postura adecuada.

5.- Dormir y descansar

6.- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)

7.- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

8 y la 9 están relacionadas con la seguridad.

10 está relacionada con la autoestima.

11 con el afecto y la pertenencia

12 a 14 con la autorrealización.

Estas necesidades básicas son:

1.- Oxigenación

2.- Nutrición e hidratación adecuada

3.- Eliminación

4.- Movilidad y postura

5.- Descanso y sueño

6.- Vestirse

7.- Termorregulación

8.- Higiene y protección de la piel

9.- Evitar peligros

10.- Comunicación

11.- Vivir según creencias y valores

12.- Trabajo y realización

13.- Jugar y participar en actividades recreativas

14.- Aprendizaje

SUPUESTOS PRINCIPALES

Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.

ENFERMERÍA

- Una Enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una Enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- La Enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- Una Enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una Enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de Enfermería.

PERSONA

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

SALUD

- La salud es la calidad de vida.

- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las Enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las Enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las Enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Las Enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

(Marriner Tomey 1999, pp 103 – 104)

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de una manera específica dentro de su modelo, sin embargo si se analiza el modelo de Henderson, vemos que la autora menciona –unas veces de forma implícita y otras explícitamente- la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, ...) para la valoración de las necesidades y planificación de los cuidados (Fernandez Ferrin, El Modelo de Henderson, pp 9)

LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE

Se pueden establecer tres niveles en la relación Enfermera – paciente que va desde una relación muy dependiente a la práctica de independencia.

- La Enfermera como sustituta del paciente
- La Enfermera como auxiliar del paciente
- La Enfermera como compañera del paciente

(Marriner Tomey 1999, pp 103 – 104)

Los criterios de dependencia deben considerarse –al igual que los de independencia- de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente sino sabe como confeccionarla, sino quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo en el momento en que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

INDEPENDENCIA

Normalmente estos están satisfechos para la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas.

DEPENDENCIA

Es cuando la persona ni tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para satisfacer sus necesidades dando origen a los problemas de salud.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1.- FALTA DE FUERZA

Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física y habilidades mecánicas de las personas, también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá terminado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.- FALTA DE CONOCIMIENTO

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- FALTA DE VOLUNTAD

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

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

(Fernandez Ferrin, pp 6-7)

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila, una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible, Henderson afirma que la enfermera debe mantenerse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades.

(Marriner Tomey 1999, pp 103 – 104)

ADULTO DE MEDIANA EDAD O MADURO

INTRODUCCIÓN

El adulto maduro es aquel que comprende de los 40 a 60 años de edad (según Beare Gauntlett – Myers, 1999), de 35 a 65 años dice (Potter, Patricia – 2001) y de 40 a 65 años lo considera (Sorrentino – 2001).

Tanto los hombres como las mujeres deben adaptarse a los cambios biológicos inevitables. Al igual que en la adolescencia, los adultos de mediana edad invierten una cantidad de energía considerable en adaptarse su concepto de persona y su imagen corporal a las realidades fisiológicas y a los cambios en su aspecto físico. La práctica de ejercicio físico, una dieta equilibrada, un sueño adecuado y buenos hábitos higiénicos que favorezcan cuerpos sanos y vigorosos ayudan a fortalecer la autoestima, la imagen corporal favorable y la actitud positiva hacia los cambios fisiológicos (Potter 2001).

Esta etapa del desarrollo es más estable y agradable. Los niños crecieron y se han ido o están por irse del hogar para formar sus propias familias, para acudir a la Universidad, para tener su propio apartamento y sus propios hijos. En esta etapa se enfrentan a ser suegros y abuelos o servir de apoyo si es necesario.

Los esposos, ahora, tienen más tiempo para estar juntos sin preocupaciones de los niños ni económicos.

Las actividades relacionadas con esta edad son:

- 1.- Ajuste a los cambios físicos.
- 2.- Haber educado a los hijos.
- 3.- Desarrollar actividades en su tiempo libre.
- 4.- Relacionarse con sus padres ancianos.

Durante la etapa del adulto maduro se presentan múltiples cambios físicos.

Pueden presentarse de manera gradual y pasar desapercibidos, o ser muy notorios. Aún cuando las personas que se acercan a los 40 años pueden sentirse

fuertes y capaces de desempeñarse como a los veinte años, la energía y la paciencia inician su decaimiento. El metabolismo y la actividad física decrecen y el control de peso es más difícil. En esta etapa los padres son ancianos con deficiencias de salud, responsabilidad de cuidarlos y afrontar la muerte de ellos (Sorrentino 2001).

RASGOS FISICOS NORMALES EN LA MEDIANA EDAD

Existen signos sutiles que pueden indicarles a lo adultos de mediana edad que son diferentes a los jóvenes pero también a los ancianos.

PIEL Y PELO

Adecuada distribución de la pigmentación; disminución lenta y progresiva de la turgencia de la piel, se vuelve más seca y delgada (Beare Gauntlett – 1999). Aparecen arrugas (Sorrentino 2001). Canicie y pérdida de pelo después de esta edad puede tener otras causas (Beare Gauntlett – 1999).

CABEZA

Simetría de cuero cabelludo, cráneo, rostro, accesorio de la visión.

OJOS

Disminución de la agudeza visual (Sorrentino – 2001). Agudeza visual según el gráfico se Snellen menor 20/50 reacción pupilar a la luz y a la acomodación; movimientos extra oculares, campo visual y estructural retinianas normales (Beare Gauntlett – 1999).

OIDO

Se inicia la pérdida de la audición (Sorrentino – 2001). Estructura y agudeza visual normales (Beare Gauntlett – 1999).

NARIZ Y GARGANTA

Narinas permeables: senos, intantos, boca y faringe pueden perder cierta capacidad para detectar diferencias más sutiles, tráquea en la línea media; lóbulos tiroideos laterales no palpables.

PULMONES

Los pulmones y los bronquios pierdes elasticidad, por lo que disminuye la capacidad pulmonar máxima. El diámetro antero posterior aumentado; frecuencia respiratoria regular, 16 a 21 por minuto; relación entre la frecuencia respiratoria y cardiaca 1:4 vibraciones vocales, sonoridad y murmullo vesicular normales.

CORAZÓN

Ruidos cardiacos normales, el punto de máximo impulso situado en el quinto espacio intercostal, en la línea medio clavicular, 2 cm de diámetro o menos.

Disminuye la contractividad cardiaca, con lo que disminuye el índice cardiaco. La función cardiaca disminuye un 15 a un 20% entre los 30 y 49 años de edad. La enfermedad coronaria es la afección clínica crónica más común en los hombres durante la 4ª y 5ª década. La causa más común es la arteroesclerosis.

SIGNOS VITALES

Temperatura 36.7°; pulso 60 a 100, tensión sistólica de 95 a 140 mm.Hg, Diastólica 60 a 90 mm.Hg, todos los pulsos son palpables.

ABDOMEN

No hay presencia de sensibilidad a la palpación, ni organomegalia; disminución de la fuerza de los músculos abdominales, en la mayoría de los adultos de mediana edad comienza a producirse una acumulación de grasa en la parte interior del abdomen y en las caderas con un aumento de peso, de 5 a 10 kilos.

Si también se debilitan los músculos abdominales puede aparecer una panza. (Beare Gauntlett – 1999).

SISTEMA REPRODUCTOR

Hay cambios en el ciclo menstrual y en la duración y la cantidad del flujo del mismo, llamaradas de calor, cambios en la mucosa cervical. (Beare Gauntlett – 1999).

CLIMATERIO

MENOPAUSIA:

La menstruación y la ovulación ocurren de forma cíclica en la mujer desde la adolescencia hasta la edad adulta intermedia. La menopausia consiste en la interrupción de este ciclo, debido principalmente a la incapacidad del sistema neurohormonal de mantener la estimulación periódica del sistema endócrino. Los ovarios dejan de producir estrógeno y progesterona, y los valores sanguíneos de estas hormonas disminuye de forma acentuada. La menopausia ocurre típicamente entre los 45 y los 60 años de edad (Potter – 2001).

CLIMATERIO

Pene y escroto normales: agrandamiento prostático en algunos hombres (Beare Gauntlett – 1999).

El climaterio se presenta en los hombres al final de los 40 años de edad o al principio de los 50. Es causado por la disminución del título de andrógenos.

A lo largo de este periodo y también con posterioridad, el hombre sigue siendo capaz de producir esperma fértil y de engendrar descendencia. Si embargo, la erección del pene es menos firme, la eyaculación es menos frecuente y el periodo refractario es más prolongado (Potter, Patricia – 2001).

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Hay disminución de la masa muscular, fracturas patológicas secundarias a osteoporosis; disminuciones de la amplitud de los movimientos articulares.

ESFERA PSICONERVIOSA

Afectiva aspecto y conducta adecuados; lucidez y nivel adecuado de capacidad cognitiva; pares craneanos intactos; respuestas motoras adecuadas; sistema sensorial sensible.

DESARROLLO PSICOSOCIAL

La generatividad comprende el deseo proporcionar a los demás de la misma medida en que se a recibido. Ejemplo de generatividad, comprende cuidar padres, ancianos, aconsejar a un joven y contribuir con proyectos cívicos o comunitarios. El estancamiento implica la falta de productividad, se observa a menudo en individuos que tienen escasa autoestima y gran preocupación por sí mismos. Temen a la vejez y pueden sufrir una regresión a la conducta adolescente juvenil.

El adulto de mediana edad confronta sus logros personales con sus metas y valores; muchos adultos sienten la necesidad de su vida y modificar la orientación del futuro. Los adultos de mediana edad tienen más empatía con sus mayores que con los jóvenes, sienten que sus viejos padres comprenden sus problemas (Beare Gauntlett- 1999).

Los cambios psicosociales en el adulto de mediana edad incluyen hechos previsibles como el abandono del hogar familiar por los hijos y hechos inesperados como la separación matrimonial o la muerte de un amigo íntimo. Estos cambios pueden tener como consecuencia un estrés que puede afectar al valor global de salud del adulto de mediana edad (Potter – 2001).

DESARROLLO COGNITIVO EN LA MEDIANA EDAD

El desarrollo intelectual culmina en la mediana edad. La inteligencia es estable y superior a la del joven adulto. La sociedad moderna plantea mayores exigencias que implica para los individuos la necesidad de desempeñarse en un mayor nivel intelectual.

Hay estudios que han mostrado que después de los 40 años existe una mayor cautela, como consecuencia de una supremacía más pasiva del ambiente, que puede aparecer más amenazante. Los adultos dejan de verse invencibles a sí mismos y eligen las batallas que desean librar (Beare Gauntlett – 1999).

TRANSICIONES PROFESIONALES

Pueden producirse por propia elección o como resultado de cambios en el puesto de trabajo o en la sociedad. Los adultos de mediana edad han cambiado de empleo con más frecuencia debido a una serie de razones como la dificultad de conseguir ascenso, la menor disponibilidad de empleos y la búsqueda de empleos que representan un mayor reto para el individuo. Los avances tecnológicos o cambios de otro tipo fuerzan a los adultos de mediana edad a buscar nuevos empleos (Potter – 2001).

SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso se refiere a cualquier exceso de peso con respecto al peso corporal deseable mientras que obesidad es un vocablo aplicado a un exceso de grasa corporal. Para simplicidad, obesidad frecuentemente se define como el 120% o más que el peso corporal ideal. La gravedad de la obesidad puede graduarse como:

- 1.- Leve 120% a 140% del PCI (Peso Corporal Ideal).
- 2.- Moderada 141% a 200% del PCI
- 3.- Grave o mórbida, mayor de 200% del PCI

(Beare Gauntlett-1999)

Se define obesidad como el incremento en el contenido del tejido adiposo corporal, manifiesto por el aumento sobre un nivel óptimo o ideal para una talla determinada en la población normal promedio. Es el resultado de un exceso de almacenaje de energía por un desequilibrio entre una ingesta alimenticia excesiva y gasto calórico disminuido.

FISIOPATOLOGÍA

La regulación de la saciedad y apetito es muy compleja y abarca el SNC, el aparato digestivo y la interrelación entre ellos.

Hace casi 40 años que se reconocieron en el hipotálamo lateral (lh) y la segunda, el hipotálamo ventromedial (vmh); otras áreas involucradas son el globus palidus y la amígdala.

CLASIFICACIÓN DE GARROW

Grado	% de sobrepeso	IMC	Estrategias de manejo
I	21-30	25-29.9	Tratamiento de grupo
II	31-50	30-40	Atención individual y manejo detallado
III	51-80	40-50	Medidas especiales
IV	81-99	> 50	Medidas especiales

La obesidad morbosa se define como más del 100% de sobrepeso (Flores Lozano-1995)

La obesidad se puede definir como aquella afección en que aumentan los depósitos de grasa neutra, es decir triglicéridos, en el tejido adiposo, lo cual determina un exceso de peso. No toda situación de sobrepeso corresponde a obesidad, pues puede deberse a retención de agua aumento de masa muscular, etc., sin que los depósitos grasos estén aumentados.

En Estados Unidos, el 25% de la población comprendida entre los 30 y 39 años tiene un sobrepeso del 20%, independientemente del sexo. Entre los 40 y 49 años en los varones se observa sobrepeso en 32%, mientras que en las mujeres aparece en el 40%.

El sobrepeso supone un factor que aumenta el trabajo cardiaco. Por otra parte se ha demostrado la mayor frecuencia de hipertensión arterial en los obesos, en la que pueden influir el aumento del gasto cardiaco y del volumen circulante, además de posibles factores vasculares de arteriosclerosis. La obesidad supone un factor importante de riesgo en relación con la insuficiencia coronaria, manifestando en angor pectoris o cuadros graves que pueden evolucionar a la muerte.

Las arterias vasculares, en las que influyen las alteraciones metabólicas que favorecen la elevación de diversas fracciones de lípidos del plasma, entre ellas el colesterol, aceleran el desarrollo de arteriosclerosis y pueden traducirse en cuadros de anoxia o insuficiencia circulatoria crónica o en accidentes vasculares agudos en otros territorios aparte del corazón, como el cerebro. (Greemo Pan-1995).

Existen otras enfermedades con una relación clara de obesidad como son ciertos tipos de cáncer, incluyendo el de colon, recto y próstata en los hombres y cáncer de la vesícula biliar, en las vías biliares. Más aún la obesidad puede causar un gran distres psicológico. Varios factores contribuyen a los problemas de obesidad incluyendo los siguientes:

1. HERENCIA

Los niños con dos padres obesos tienen un 80% de probabilidades de ser obesos, mientras que los que tienen un padre obeso tienen un 40% de probabilidades y los que no tienen padres obesos tienen sólo un 7% de probabilidades.

2. AMBIENTE

El ambiente dentro y fuera de casa favorecen la ingestión exagerada de alimentos de varias maneras, su naturaleza dentaria estimula el aumento de peso. Los dispositivos que ahorran trabajo y los trabajos sedentarios disminuyen el gasto energético. Más aún, el alimento -frecuentemente elevado en calorías y de bajo

valor nutricional – es parte de la mayoría de las reuniones sociales y de las salidas sociales, en especial la “comida ranida” en la apurada sociedad actual (Beare Gauntlett-1999).

FACTORES AMBIENTALES

Hay una influencia ambiental, decisiva, resultante de costumbres o rasgos culturales, que son los responsables o facilitadores de hábitos alimenticios que, por exceso determinan directamente la obesidad. En la edad adulta se dan con frecuencia otro tipo de factores ambientales capaces de favorecer la obesidad. En efecto, en esta fase de la vida hay tendencia al sedentarismo y la disminución del ejercicio físico, lo que supone una disminución en el consumo de energía, que si no se acompaña de restricción alimenticia, puede determinar la aparición de obesidad, el factor más relevante en la mayoría de los obesos, es la ingesta alimenticia superior a las necesidades o consumo energético, casi siempre por exceso de grasa (Greemo Pan-1995).

3. FACTORES FISIOLÓGICOS

La tasa metabólica declina alrededor del 2% por cada década después de los 30 años y los adultos que no están prevenidos acerca de ellos y no ajustan su ingesta alimenticia a sus niveles de actividad, para compensarlo pueden encontrarse aumentando de peso, los casos relativamente de obesidad son causados por enfermedades endócrinas como el hipotiroidismo.

4. INFLUENCIAS PSICOLÓGICAS

La soledad, el dolor, la ansiedad, la depresión y otras emociones pueden llevar a comer en exceso. Además las personas obesas parecen tener una mayor respuesta que los individuos delgados a los estímulos externos, como los anuncios sobre alimentos o el hecho de que otras personas alrededor de ellos están comiendo, en lugar de su propio apetito o su saciedad. (Beare Gauntlett-1999).

El riesgo que la obesidad impone parece estar influido por 3 factores principales:

- El grado de obesidad
- La edad
- La distribución de la grasa

Cuanto mayor sea el grado mayor será el riesgo. Los que pesan más del 145% de su PCI (Peso corporal Ideal) tienen una tasa de mortalidad al doble que los individuos normales. Más aún, la morbilidad es mayor en los adultos obesos que se encuentran por debajo de los 45 años que en aquellos que están por encima de los 45 años. Además la enfermedad arterial coronaria es más frecuente en los

individuos con grasa abdominal aumentada que en los que tienen un exceso de grasa en las caderas y en los glúteos.

MANEJO TERAPÉUTICO

La obesidad es un problema crónico y no hay curas fáciles y rápidas. La pérdida de peso requiere una gran motivación por parte del paciente y apoyo de su familia, amigos y equipo sanitario. Los métodos usados para tratar la obesidad incluyen la dieta, modificación del comportamiento, el ejercicio, los agentes farmacológicos, dispositivos especiales e intervención quirúrgica. (Beare Gauntlett-1999).

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

El tratamiento de la obesidad debe ser un programa a largo plazo que incluya educación, apoyo psicológico, técnicas de modificación conductual, esquemas de entrenamiento físico, además de una dieta hipocalórica balanceada. Los medicamentos en caso necesario deberán ser prescritos y vigilados exclusivamente bajo responsabilidad médica (Flores Lozano-1995).

PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial es la que ejerce la sangre en el interior de las arterias del organismo. Por contracción del ventrículo izquierdo del corazón, la sangre es forzada a salir con fuerza de dicha cavidad, pasa a laorta y, por los grandes vasos arteriales, a los de menos calibre, a las arteriolas y, por fin, a los capilares. La pulsación se extiende desde el corazón hasta las arterias de mediano calibre, pero desaparece en las arteriolas.

PRESIÓN SISTÓLICA

Es la presión arterial en el punto culminante de la pulsación; suele equivaler a 120 mm de mercurio en el adulto joven normal.

PRESIÓN DIASTÓLICA

Es la correspondiente al punto más bajo de la pulsación, que equivale al momento de la distensión ventricular. Suele ser de 80 mm de mercurio.

La diferencia entre una y otra se llama presión diferencial.

Durante el reposo el corazón esta obligado a impulsos de 4 a 6 litros de sangre por minuto, pero este volumen puede ser cinco veces mayor durante el ejercicio. En condiciones normales, cada ventrículo impulsa 70 ml de sangre por contracción, aunque hay grandes variaciones compatibles con la existencia. Este gasto cardiaco se refleja en las pulsaciones, las que, como dijimos pueden sentirse al pasar las arterias por encima de los huesos.

La elevación anormal de la presión arterial se llama hipertensión. Hipotensión en cambio, es la presión arterial demasiado baja.

La presión arterial de una persona varía según las horas y los días. Es más baja durante el sueño y puede subir de modo extraordinario por la influencia del temor y otras excitaciones. Hay dos condiciones variables que modifican la presión del árbol arterial. El volumen por contracción es la cantidad de sangre impulsada por el corazón en cada latido. El poder de distensión del árbol arterial se refiere al aumento del diámetro de las arterias como reacción a la presión que la sangre ejerce en su interior. Los problemas que afectan a este poder de distensión se

hacen más evidentes al llegar la edad avanzada, pues entonces las arterias pierden su tejido elástico que es sustituido por placas calcáreas y tejido fibroso. Como consecuencia de esta rigidez, la presión sistólica aumenta y la diastólica disminuye al tiempo que la sangre se va vaciando en el sistema venoso. La consecuencia es que la presión diferencial es grande. Por lo general, la presión sistólica entre 90 y 140, con la diastólica entre 60 y 90, se consideran normales en el adulto joven; las presiones por encima de 140/90 se consideran anormales. (Tratado de Enfermería Práctica de Kozzier pp 170-171).

LA HIPERTENSIÓN

Puede clasificarse por causas y el grado de gravedad.

HIPERTENSIÓN PRIMARIA

(Esencial, idiopática), constituye el 90% de los casos de hipertensión. No tiene una etiología conocida única, sino es de naturaleza multifactorial.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Es causada por estados patológicos de los riñones, problemas hormonales e hipertensión inducida por embarazo, anticonceptivos orales y otras causas.

ETIOLOGÍA / EPIDEMIOLOGÍA

Aunque la etiología de la hipertensión permanece desconocida, pueden identificarse factores de riesgo que sirven como iniciadores, factores genéticos heredados o aceleradores, factores que son modificables y pueden reducir el riesgo.

1.- Los factores genéticos se relacionan con los antecedentes familiares, sexo, edad, grupo étnico.

2.- Los factores ambientales se relacionan con la nutrición, el estilo de vida y el perfil de estrés personal del individuo. La determinación de riesgo del paciente de esta enfermedad crónica es un papel importante de la enfermera.

El riesgo está determinado por la interacción de los predisponentes o iniciadores genéticos y los aceleradores ambientales.

El riesgo relativo de hipertensión depende del número y la gravedad de los factores de riesgo modificables. Es importante que los pacientes y los enfermeros monitoreen los factores de riesgo y la presión arterial en forma regular. También es importante la evaluación de factores predisponentes, antecedentes médicos, examen físico y datos de laboratorio.

FACTORES GENÉTICOS NO MODIFICABLES

ANTECEDENTES FAMILIARES

La predisposición genética parece asociarse con niveles elevados de sodio intracelular y relaciones potasio – sodio reducidas. Esta predisposición genética es particularmente prevaleciente en los negros. Los individuos con padres que tienen hipertensión tienen un riesgo mayor de desarrollar una presión alta a una edad más temprana.

SEXO

Los hombres experimentan hipertensión con tasas más altas y a una edad más temprana que las mujeres hasta después de los 60 años. Los hombres tienen mayores riesgos que las mujeres de mortalidad causadas por enfermedades cardiovasculares. Afortunadamente los hombres tienden a beneficiarse más con el tratamiento farmacológico que las mujeres.

EDAD

La edad y la hipertensión están asociadas en forma lineal por cuanto los vasos sanguíneos arteriales devienen menos flexibles con la edad, por lo común a causa de la formación de placas eteroscleroticas.

La rigidez arterial como resultado del proceso de envejecimiento contribuye al aumento sistólico de la presión, como a una menor sensibilidad de baroreceptores y respuestas aumentadas del sistema nervioso central a la PA.

Casi el 50% de las personas de 50 años tienen hipertensión sistólica o diastólica.

ESTRÉS

Muchos datos aluden al impacto del estrés sobre los componentes del sistema nervioso central que influyen en cambios cardiovasculares, en especial en el caso de la hipertensión esencial. Si bien no hay estudios definitivos se cree que factores psicológicos pueden alterar en forma crónica la presión arterial. El estrés puede aumentar la resistencia vascular periférica y el volumen minuto y también estimular la actividad simpática. El estrés puede asociarse con situaciones ocupacionales, niveles socioeconómicos y características de la personalidad.

OCUPACIONES

Las ocupaciones con altos niveles de presión y relaciones insatisfactorias pueden ser suficientemente estresantes como para causar tensión del tono muscular, frecuencias cardiacas rápidas y vasoconstrucción que eleva presión arterial.

NUTRICIÓN

OBESIDAD

La obesidad puede ser responsable de un aumento de tres veces del riesgo de hipertensión. Además, una distribución de la grasa corporal caracterizada por una circunferencia abdominal aumentada en estados obesos se correlacionan con una presión arterial más alta.

(Beare Gauntlett – 1999, pp 620 – 623)

PRESENTACIÓN DEL CASO A UNA PERSONA EN EL HOGAR

Datos de identificación:

Nombre: José Luis Domínguez Pérez (JLDP)

Edad: 48 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Empleado Federal

Estado civil: Casado

Escolaridad: Preparatoria

Religión: Católica

Lugar de Nacimiento: Coaxtlahuacan, Gro.

Lugar de Residencia: DF (4ª Cerrada de Iturbide Mz. 3 lte. 10, Culhuacan, Iztapalapa)

Unidad donde se atiende: ISSSTE

Signos Vitales:

Respiración frecuencia: 22 x minuto

Amplitud: Buena

Pulso: Frecuencia 78 x min.

Ritmo: Regular

Amplitud: Fuerte

Temperatura: 36°C

Tensión arterial: 140/90

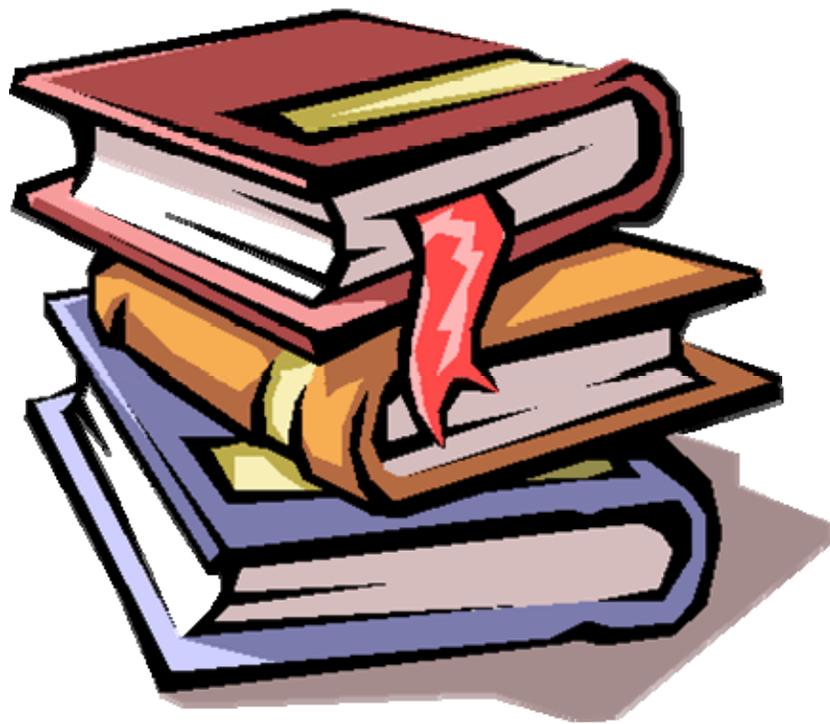
Somatometría: Peso 89 kgs.

Talla: 169 cm

Perímetro abdominal: 107 cms.

El señor Domínguez se encuentra en su domicilio, goza de aparente salud, sin embargo, posterior a la encuesta se detectan varias necesidades insatisfechas de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

**APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA A UN ADULTO
MADURO EN EL HOGAR**



14 NECESIDADES BÁSICAS DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

Datos de independencia / dependencia obtenidos a través de la encuesta y observación, según la guía de valoración:

1. NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

Datos de independencia:

Frecuencia 20x', ritmo y profundidad respiratorios normales. Piel y mucosa de coloración sonrosada, partes distales de extremidades inferiores.

Desde hace 25 años no fuma, considera que es una adicción que daña a las neuronas y a los pulmones, nada dos veces por semana y camina 3 veces ocasionalmente.

Datos de dependencia:

Convive con fumadores, con humo de las fábricas cerca de su trabajo, a la auscultación si presenta en ocasiones sibilancias, en la región cardiopulmonar presenta ruidos cardiacos normales, campos pulmonares limpios, tos ocasional, llenado capilar 2 segundos. Ocasionalmente sufre disnea cuando realiza un esfuerzo como cuando camina subidas o más de 3 kilómetros, los pies presentan una coloración rosada.

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos de independencia:

Deposiciones una vez al día, heces blandas de aspecto y olor de acuerdo a lo que coma, suda cuando hace ejercicio con olor fuerte. Micción 4-5 veces al día, desde hace 3 años se levanta 1 vez por la noche.

Datos de dependencia:

No se observan.

3. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos de independencia:

Come de todo, consume alrededor de 2 litros de agua al día, piel y mucosas hidratadas, uñas y cabello con textura normal, funcionamiento esquelético le da lumbalgia en ocasiones, dientes deteriorados, usa prótesis, encías normales, le duele la boca cuando mastica, deglute bien con digestión normal, talla 169 cms., peso: 89 kgs.

Datos de dependencia:

Ingiere una dieta aumentada de carbohidratos, proteínas y minerales, pero consume mucho chocolate.

4. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Datos de independencia:

Manifiesta que el frío le da una sensación de bienestar, adaptarse a la temperatura ambiental, mediatiza sus comportamientos en la necesidad de termo regulación con el ejercicio y el baño, utilizando la actividad física, ventilador, el bañarse en situaciones de cambios de temperatura, en las emociones intensas de (miedo, ansiedad, ira), le afectan en esta necesidad dándole calor, controlándose con respiración profunda para relajarse y reflexionando.

Usa ropa fresca para el calor y ropa gruesa para el frío, cobertores para dormir.

Datos de dependencia:

No se observan

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos de independencia:

Tiene una movilidad normal para su edad, tiene un pulso de 78 x min, se la pasa sentado toda la tarde de lunes a viernes, si conozco la importancia de esta necesidad y medidas saludables por padecer lumbalgia y evitar estar sentado no puedo lograrlo mucho por el exceso de trabajo, nada 2 veces por semana, el sábado y domingo ocasionalmente juega basquetbol, realiza posturas y movimientos recomendados por otras personas.

Datos de dependencia:

Presencia de temblores en los brazos y en los pies, tiene una T/A 140/90

Desde hace 4 años sufre lumbalgia. Cuando tiene dolor procura hacer un poco de reposo, se aplica calor local y toma diclofenaco y piroxicam como le recomienda su médico.

Cuando no padece de esto tiene que realizar ejercicio para evitar que le de lumbalgia.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de independencia:

Duerme 7 horas por la noche y tiene un sueño profundo que si descansa, duerme acompañado de su esposa, los cambios del entorno si modifican el patrón de sueño como las preocupaciones del trabajo o cuando hay fiestas cerca de su casa por la música, cuando está muy cansado se duerme luego, influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar en situaciones de estrés, sabiendo controlar tensiones y dolor, cuando necesita descansar prende la tele y se queda dormido, el sentido que utiliza para dormir es el de la relajación y compensación de su cuerpo.

Datos de dependencia:

No se observan

7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos de independencia:

Mueve todas las partes de su cuerpo, tiene piel hidratada de color normal, con una temperatura de 36°C, humedad favorable, sin lesiones, cabello, uñas, orejas, ojos, nariz normales, se baña diario, con cepillado de dientes 3 veces al día, se siente bien con el baño le da relajación física y psicológica, se siente un poco mal por el mal aliento de su boca, pero cepillándose le conforta su estado de ánimo.

Datos de dependencia:

Boca con presencia de sarro, mal aliento, dientes deteriorados con prótesis fija en molares.

Utiliza el pless diariamente para controlar el mal aliento y medidas de higiene.

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos de independencia:

Tiene una edad de 48 años, con buen estado de ánimo, talla 169 cms, nada 2 veces por semana, realiza ejercicio físico ocasionalmente, en el trabajo se la pasa sentado de lunes a viernes por las tardes, por su trabajo viste de traje y de acuerdo al clima del DF tiene buen estado de ánimo de de autoimagen.

Datos de dependencia:

No se observan

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos de independencia:

Su cuerpo es fuerte con un sobrepeso de 20 kgs, su sistema inmunológico se encuentra estable, está expuesto a sufrir peligros en su casa por sus escaleras que tienen loseta y baño con azulejo, utilizar sandalias o chanclas siempre para bañarse, visita una vez por año al medico, visita dental 2 veces por año. En la calle por el lugar donde trabaja, trata de controlar su ira, coraje en su trabajo, se encomienda a Dios para que lo cuide y lo proteja.

Datos de dependencia:

No se observan.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos de independencia:

Sus órganos de los sentidos los tiene completos, su etapa de desarrollo las ha llevado bien, tiene comunicación con las personas, con su esposa y sus dos hijos, hábitos de aprendizaje, inteligencia, percepción de memoria, conciencia (atención, orientación, buen humor y pensamiento) tiene su esposa, buenos valores y creencias.

Datos de dependencia:

No se observan.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos de Independencia:

Su edad es buena para sus creencias y valores, su etapa de desarrollo ha sido normal y la integridad del sistema neuromuscular ha sido de acuerdo a su edad, ha tenido cultura de obediencia, una religión católica en sus respectivas creencias, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, emociones controladas, actitudes positivas, estado de ánimo alegre, buenos pensamientos, inteligencia buena, asiste a la Iglesia cercana a escuchar misa y eso lo hace sentirse bien espiritualmente con su persona.

Datos de dependencia:

No se observan.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos de independencia:

La edad todavía le favorece para trabajar, su sistema neuromuscular, nervioso y de los sentidos le son útiles para poder trabajar y realizarse, tiene buenos valores, creencias, cultura, educación y posibilidades de realizarse en su trabajo, sus emociones son equilibradas, su personalidad, su estado de ánimo, su inteligencia le ayudan mucho como persona porque tiene un trabajo, con 24 años de antigüedad.

Datos de dependencia:

No se observan.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos de independencia:

Su sistema neuro muscular, su sistema nervioso y sus órganos de los sentidos se encuentran en condiciones físicas para realizar ejercicio, juega basquetbol con su familia, con los padres de familia de sus hijos, participa en reuniones familiares, lleva un estilo de vida bueno, tiene una madurez personal de acuerdo a su edad, es inteligente, tiene buenos pensamientos, motivación, buen humor, está de ánimo, se siente bien espiritualmente, porque todavía puede realizar actividades de juego y recreación.

Datos de dependencia:

No se observan.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia:

Su edad, su etapa de desarrollo, sus capacidades físicas le han permitido desarrollar esta capacidad de aprendizaje, educación medio, nivel socioeconómico medio, influencias familiares y sociales en cuanto a hábitos y aprendizaje, considera tener buenas emociones, buena capacidad intelectual y se interesa en aprender y conocer, se siente bien con su religión y se interesa en leer la biblia e vez en cuando.

Datos de dependencia:

Tiene sobrepeso, hipertensión modera, desconociendo las consecuencias de estas enfermedades.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

De los datos obtenidos destaca el hecho de que se trata de una persona bien adaptada, con unos hábitos de vida saludables excepto por lo que respecta a la ingesta de carbohidratos, la edad madura, que determina un sobrepeso, dando origen a una hipertensión que aunque es moderada está dando un foco rojo desencadenando otros padecimientos.

El no poner atención adecuadamente en su dentadura en tiempo y forma resultó tener prótesis fija, provocando alitosis y acumulo de sarro en sus molares.

El sobre peso le ha dado problemas de lumbalgia que ha ido aprendiendo a sobrellevar el dolor, desconoce las repercusiones que puede traer la obesidad y la hipertensión.

La enfermera, con esta posibilidad en mente, debe estar preparada para detectar los primeros indicios de que esto ocurre y da para detectar los primeros indicios de que esto ocurre y ayudar al señor Domínguez a encontrar soluciones alternativas que le permitan mantener el control de su vida y cuidado de su salud.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL MODELO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Alteración de la oxigenación relacionada con sobrepeso manifestado por disnea de mediano esfuerzo.

OBJETIVO

- Contribuir a mejorar la oxigenación
- Que la persona reconozca los efectos colaterales del sobrepeso.

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Necesidad satisfecha.

3. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Alteración de la alimentación relacionado con consumo excesivo de carbohidratos manifestado por sobrepeso de 20 kgs.

OBJETIVO

- Promover en la persona y su familia cambios en la alimentación y el estilo de vida que den como resultado pérdida de peso del paciente y el mantenimiento de peso perdido.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

- Necesidad satisfecha.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

- Alteración del movimiento relacionado con sobrepeso manifestado por dolor de espalda, cambios de FR y FC, presencia de temblores en los brazos y pies.

OBJETIVO

- Mejorar las condiciones de movimiento y control del dolor de espalda.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Necesidad satisfecha

7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Alteración de la necesidad de higiene relacionada con técnica deficiente de limpieza oral manifestado por la presencia de alitosis, residuos de alimentos y caries dental.

OBJETIVO

- Mejorar las condiciones de higiene bucal
- Disfrutar de los efectos estéticos que resulta del cuidado y limpieza eficiente de boca y dientes.

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Necesidad satisfecha

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Déficit de conocimientos sobre alimentación adecuada en el adulto mediano manifestado por dieta con alto contenido de carbohidratos por manifestación verbal.
- Riesgo de caídas relacionado con escaleras sin barandal y loseta lisa en domicilio.

OBJETIVO

- Lograr que aprenda a comer adecuadamente para bajar el sobrepeso.
- El paciente conocerá las medidas de precaución y con ello disminuir el riesgo de caída.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Necesidad satisfecha

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES

- Necesidad satisfecha

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Necesidad satisfecha

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Necesidad satisfecha

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Déficit de autocuidado manifestado por falta de conocimiento relacionado a posibles para la salud (sobrepeso).

OBJETIVO

- Proporcionarle información acerca del sobrepeso y sus complicaciones para evitar complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: Oxigenación

Dx: Enfermería Real Alteración de Oxigenación relacionada con humo de las fabricas, fumadores, sobrepeso, manifestado por Disnea de mediano esfuerzo.

Datos de Valoración:

Ocasionalmente sufre disnea cuando realiza un esfuerzo como cuando camina subidas o más de 3 kilómetros.

Objetivo:

- Contribuir a mejorar la oxigenación
- Que la persona reconozca los efectos colaterales del sobrepeso.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca de ejercicios pasivos en casa. • Desarrollar resistencia al sobrepeso por medio de ejercicio físico de forma regular iniciando con 3 días a la semana e ir incrementando. • Reducir las grasas saturadas y el colesterol en la ingesta de alimentos. • Posición de Fowler. 	<ul style="list-style-type: none"> • La obesidad aumenta la resistencia periférica y el trabajo cardiaco lo que aumenta la tensión sanguínea (Carpenito-Mayet, 2005). • La práctica del ejercicio regular aumenta el riego sanguíneo periférico y la eficacia muscular cardiaca. El resultado es un sistema cardiovascular más eficaz. (Carpenito-Mayet, 2005). • Una dieta cetógena contribuye a la formación de placas y estenosis de los vasos. (Carpenito-Mayet, 2005). • Está indicada en pacientes con molestias respiratorias o cardiacas, pues con ella se logra la máxima expansión toraxica. (Kozier-1970). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha logrado hasta el momento bajar 1 kg de peso. • El Sr. Domínguez camina 30 minutos 3 veces a la semana. • Argumenta la disminución en el consumo de grasa animal. • Le ha dado resultado cuando presenta la disnea.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: De Nutrición e Hidratación

Dx: Enfermería Potencial Alteración de la alimentación relacionado con consumo excesivo de carbohidratos manifestado por sobrepeso de 20 kgs.

Datos de Valoración:

Talla de 169 kgs, peso de 89 kgs, ingiere una dieta aumentada de carbohidratos y consume mucho chocolate.

Objetivo:

Promover en la persona y en su familia cambios en la alimentación y promover la pérdida de peso de la persona.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Charla educativa al paciente y familia sobre los grupos de alimentos. • Ayudarlo a elegir alternativas de alimentos con menos calorías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir a la persona y colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que les permita la conservación y mejoramiento de su salud (Álvarez 2005). • Los alimentos con una baja densidad calórica incluyen la mayoría de las frutas y los vegetales, carnes magras, aves de corral, peces, productos lácteos descremados, cereales integrales preparados y servidos sin azúcar. La grasa es una fuente muy concentrada de calorías y 	<ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo mediante preguntas de comprensión del tema. • Se brindó la información y se llevó a cabo durante la primer semana. Posteriormente acude con la nutrióloga para control de alimentos.

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer objetivos de peso realistas. • Promover el ejercicio. • Control de peso semanalmente • Orientación sobre la charlatanería existente en los medios de comunicación, sobre tratamientos con cualidades mágicas que bajan de peso rápidamente. 	<p>aquellos que consumen dietas bajas, en grasa son los que tienen más éxito en reducir su ingesta calórica y en perder peso. (Beare Gauntlett – 1999)..</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer paso es establecer junto con el paciente y familia objetivos de peso (bajar 500 gramos semana/alimento) • Los movimientos sostenidos y regulares de los grandes grupos musculares promueven la pérdida de grasa. El ejercicio contribuye a un sentimiento de bienestar y ayuda a dar forma y tono al cuerpo. • La persona debe aprender a controlar su peso (Beare Gauntlett-1999). • Estas dietas inducen a la cetosis y dado que la diuresis acompaña a la cetosis, la pérdida de peso es rápida. Sin embargo, el líquido perdido finalmente se reemplaza y dado que la dieta hacen poco para cambiar los hábitos alimentarios todo el peso habitualmente se vuelve a ganar (Beare Gauntlett-1999) 	<ul style="list-style-type: none"> • No se logró durante la primer semana. A partir de que acudió con la nutrióloga se está logrando bajar entre 500 y 700 gramos semanalmente • Camina durante 30 minutos 3 veces al día. • La primer semana peso 88.500 kgs. • No presenta problemas ya que el ingiere los líquidos suficientes.
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: De Moverse y Mantener una Buena Postura

Dx: Enfermería Real Alteración del movimiento relacionado con sobrepeso manifestado por dolor de espalda, cambios de FR y FC, temblores en brazos y pies.

Datos de Valoración:

Desde hace 4 años sufre lumbalgia, cuando tiene dolor procura hacer un poco de reposo, se aplica calor local y toma diclofenaco y piroxicam indicado por su médico.

Objetivo:

Mejorar las condiciones de movimiento y control del dolor de espalda.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios terapéuticos de extensión-flexión y reforzamiento de la cintura abdominal. • Masajes. • La buena postura para sus lumbares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son beneficiosos para reducir los dolores y el estado funcional (http://tucolumnatusalud.blogspot.com/2006). • Se ha comprobado que los masajes ayudan a calmar el dolor lumbar (http://tucolumnatusalud.blogspot.com/2006). • La columna se compone mecánicamente como una palanca. Por ejemplo, el disco que tiene que soportar un gran cantidad de peso es el que está situado entre la quinta vértebra lumbar y el sacro (disco L5-S1). Normalmente el peso es de 16 kg/cm², pero si nos agachamos hacia delante, el peso aumenta a 58 kg/cm². Para que esto no 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizo lo que se le indicó. • Reconoció que el masaje es bueno.. • Puso en práctica la buena postura y a mejorado.

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de hielo 15 minutos cada 2 horas hasta que baje dicha inflamación. • Ejercicio • Levantar cosas correctamente. • Peso corporal 	<p>suceda, siempre debemos levantar el peso con las piernas ligeramente flexionadas y la columna vertebral recta (http://tucolumnaturalud.blogspot.com/2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha comprobado que la terapia de frío el hielo quita la molestia del dolor de las articulaciones aplicado a personas con lumbalgia, disminuye el dolor y la inflamación (http://tucolumnaturalud.blogspot.com/2006). • Combine ejercicios aeróbicos, como caminar o nadar, con ejercicios específicos para mantener los músculos de su espalda y abdomen fuertes y flexibles (http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498). • Asegúrese de levantar artículos pesados con sus piernas, no su espalda. No se incline hacia delante para levantar algo. Mantenga derecha su espalda doble sus rodillas (http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498). • Mantenga un peso corporal saludable. Al tener sobrepeso pone más estrés en la sección lumbar de su espalda (http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados son satisfactorios.
--	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: Higiene y protección de la piel

Dx: Enfermería Real Alteración de la necesidad de higiene relacionado con técnica deficiente de limpieza oral manifestado por la presencia de alitosis, residuos de alimentos y caries dental.

Datos de Valoración:
Utiliza el pless diariamente para controlar el mal aliento y medidas de higiene.

- Objetivo:
- Mejorar las condiciones de higiene bucal
 - Disfrutar de los efectos estéticos que resulta del cuidado y limpieza eficiente de la boca y dientes.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Charla educativa sobre la importancia de la higiene bucal y técnica de cepillado. • Recomendación de disminuir el consumo de dulces, goma de mascar, pasteles, etc. Lavarse los dientes posterior al consumo de cualquier alimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más que una información de conocimiento respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir a la persona y colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que les permita la conservación y mejoramiento de su salud (Álvarez-2005). • Lavarse los dientes de manera regular, de preferencia después de ingerir cualquier alimento, previene la acumulación de sarro (masa de bacterias), que puede extenderse hasta las raíces causando la formación de caries en los dientes (E. Ramos 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró mediante la devolución de la técnica de cepillado y menciono la importancia de la misma. • No se puede supervisar la frecuencia del lavado ya que el paciente se encuentra en su domicilio.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: Evitar Peligros.

Dx: Enfermería Potencial Riesgo de caídas relacionado con escaleras sin barandal y lozeta lisa en domicilio

Datos de Valoración:
Sus escaleras son sin barandal y con lozeta lisa.

Objetivo:
El paciente conocerá las medidas de precaución y con ello disminuir el riesgo de caída.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre escaleras sin barandales y resvaladizas. • Orientar de no tirar agua en las escaleras. • Orientar de la importancia que tiene la limpieza diaria de las escaleras. • Orientar de la importancia de utilizar zapato cerrado y guarache cerrado. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Las escaleras sin barandal y las escaleras resbaladizas son peligrosas para toda persona que transite por ellas. (Kozier-1970.) • Toda sustancia derramada en el suelo es un principal motivo de resbalones, debe limpiarse antes que alguien resbale. (Kozier-1970.) • Las vías de acceso como escaleras sin barandal y resbaladizas tienen más riesgos sino están limpias y libres. (Kozier-1970.) • El zapato y el guarache cerrado se resbalaron menos en las escaleras y evitan caídas. (Kozier-1970.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar la orientación con atención y tendrá más cuidado al .subir y bajar escaleras. • El Sr. Domínguez prestó atención con lo que se dijo. • El Sr. Domínguez se dio cuenta de los riesgos que corre. • El Sr. Domínguez tomó en cuenta lo que se le dijo porque dice que es por el bienestar de su salud.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09 Paciente: JLDP

Necesidad: Evitar peligros

Dx: Enfermería Real Déficit de conocimiento sobre alimentación adecuada en el adulto mediano manifestado por dieta con alto contenido de carbohidratos por manifestación verbal.

Datos de Valoración:
Su cuerpo es fuerte con un sobrepeso de 20 kgs.

Objetivo:

- Lograr que aprenda a comer adecuadamente para bajar el sobrepeso.

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Charla sobre nutrición. • Dar a conocer los alimentos con alto contenido de carbohidratos (pan, tortilla, pastas, cereales, leguminosas, dulces y frutas). • Verduras y frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de procesos químicos que realiza el organismo dirigiendo, absorbiendo y utilizando los nutrimentos contenidos en los alimentos para su crecimiento, mantenimiento y reparación (Higashida-2004). • Proporcionan el calor y energía necesarios para realizar las actividades corporales, cuando se ingieren en exceso se almacenan en una forma especial llamada glucógeno, en el hígado y en los músculos, aunque si los depósitos están llenos, se transforman en lípidos o grasas que se almacenan en el tejido adiposo (Higashida-2004). • Contiene vitaminas, nutrimentos inorgánicos (minerales), antioxidantes (vitaminas A y C) y fibra; muchas de ellas ayudan a bajar 	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Domínguez mostró interés en la charla.. • El señor Domínguez disminuyó el consumo de carbohidratos. • El señor Domínguez entendía el consumo de frutas y verduras.

<ul style="list-style-type: none"> • Granos y sus derivados • Productos animales • Grasas y azúcares 	<p>los niveles de colesterol y protegen de la aparición de ciertos cánceres (Higashida-2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cereales integrales son mejores porque sus cubiertas tienen nutrientes, proporcionan la fibra que mejora el funcionamiento del intestino y disminuye la frecuencia de cáncer (Higashida-2004). • La carne, la leche y sus derivados, y el huevo tienen principalmente proteínas, hierro, calcio y vitaminas. Se recomiendan tres raciones al día; pero el adulto debe consumir los que contengan menos grasas, porque contienen grasas saturadas que son perjudiciales (Higashida-2004). • Son importantes, pero su consumo máximo debe corresponder del 25 al 35% de las calorías y sólo el 10% de grasas saturadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El señor Domínguez entendió la importancia del consumo de los cereales. • Comprendió el consumo de estos alimentos. • Disminuyó su consumo de estos alimentos.
---	---	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 16 – 10 – 09

Paciente: JLDP

Necesidad: De aprendizaje :::

Dx: Enfermería Real Déficit de autocuidado manifestado por falta de conocimiento relacionado con sobrepeso e hipertensión.

Datos de Valoración:

Tiene sobrepeso, es hipertenso.

Objetivo:

- Proporcionar información acerca del sobrepeso e hipertensión para que se concientice de los riesgos que corre y se cuide..

Intervención independientes	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none">• Orientación de los grados de obesidad.	<ul style="list-style-type: none">• A mayor grado existe mayor desarrollo del tejido adiposo y menor grado de desarrollo muscular, disminución de la capacidad para el ejercicio, puede haber dificultad respiratoria, constipación (estreñimiento) así como disminución de la resistencia a las infecciones, a sufrir accidentes, arteriosclerosis, enfermedades de las arterias coronarias como la angina de pecho y el infarto del miocardio, la hipertensión arterial, la diabetes, los cálculos biliares, várices, pie plano y con las caries dental cuando el individuo ingiere muchos azúcares, acorta la vida y aumenta la mortalidad (Higashida-2004)..	<ul style="list-style-type: none">• El señor Domínguez ha entendido que se tiene que cuidar.
<ul style="list-style-type: none">• Orientación de las repercusiones psicológicas y	<ul style="list-style-type: none">• Las personas pueden volverse más susceptibles, retraídas, tener sentimientos de	<ul style="list-style-type: none">• El señor Domínguez tratará de llegar a su

sociales de la obesidad.	inferioridad relacionados con su aspecto físico, por no poder usar prendas atractivas, no poder incorporarse a actividades deportivas o en algunos empleos podrán ser menos elegibles (Higashida-2004).	peso normal.
-----------------------------	---	--------------

CONCLUSIONES

El Proceso Atención Enfermería es de gran importancia en el terreno de nuestra profesión, ya que permite reafirmar el método propio de la enfermería. Para lograrlo, es importante desarrollar un cuerpo de conocimientos teóricos que fundamenten nuestro objeto de estudio con la finalidad de mejorar la calidad que se brinda a la persona, dando mayor sentido a nuestras intervenciones.

Para llevar a cabo este proceso se requiere que el profesional de enfermería posea capacidades de razonamiento lógico, juicio crítico, creatividad y espíritu científico, necesita ejercitar la capacidad de pensar y de ser prácticos en la resolución de los problemas de la persona que requiere de nuestro apoyo.

El utilizar el proceso de atención de enfermería bajo el modelo de Virginia Henderson ofrece una base sólida para describir la enfermería en su relación con los individuos e identificando las 14 necesidades básicas, siendo aplicable a cualquier individuo sano o enfermo, familia o comunidad, además es flexible a cualquier situación. Siendo así que este proceso sea enfocado a un paciente aparentemente sano en el cual se le han detectado factores de riesgo.

Al mismo tiempo permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente, eso implica considerar al ser humano desde un punto de vista holístico, de acuerdo a las necesidades cambiantes de la persona y no solo a su enfermedad.

Debe ser un compromiso perenne de nuestra profesión unificar la utilización de algún modelo teórico que nos permitan fortalecer nuestro lenguaje en torno al cuidado. Con esta medida podremos asegurar el éxito del método enfermero logrando autonomía e identidad profesional.

GLOSARIO

Alitosis	Mal olor del aliento
Antropológica	Relativa a la antropología, estudios antropológicos.
Arte	Método conjunto de reglas para hacer bien una cosa. Conjunto de reglas de una profesión: habilidad, talento, destreza, el arte de vivir.
CARE	Cuidado
Ciencia	Conocimiento exacto y razonado de ciertas cosas. Conjunto de conocimientos fundados en el estudio. Los adelantos de la ciencia.
Cuidado	Esmero, trabajar con cuidado (SINON, interés, curiosidad, exactitud, vigilancia, solicitud, v.tb., atención y observación).
CURE	Curar
Dependencia	(Del lat. dependeré, estar pendiente de) Estado del adicto a determinadas drogas, que le obliga a continuar consumiéndolas para evitar el síndrome de abstinencia.
Datos objetivos	Información que se puede observar o medir claramente, por ejemplo, un pulso de 140 lat/min.
Datos subjetivos	Información que el paciente dice o comunica; las percepciones del paciente. Por ejemplo, <<siento como si el corazón se me fuera a salir del pecho>>
Disnea	Dificultad para respirar. Puede ser inspiratoria o expiratoria
Emisión	Expulsión de líquidos del cuerpo especialmente la involuntaria de orina y semen.
Entorno	El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
Holístico	Es el estudio del todo, relacionándolo con sus partes pero sin separarlo del todo. Es la filosofía de la totalidad.
Independencia	Estado de una persona o cosa independiente, entereza, firmeza de carácter, mostrar gran independencia.

Juicios	Término usado para el pensamiento crítico en el área clínica. Normalmente implica una serie de decisiones clínicas que incluyen decidir sobre qué observar, que sugieren los datos (extraer conclusiones sobre el diagnóstico y) qué acciones emprender.
Persona	Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y su familia como una unidad.
Paradigma	Es un “diagrama conceptual”. Puede una amplia estructura en forma a la cual se articula la teoría.
Perenne	Que dura varios años
Perpetuar	Hacer perpetua o perdurable una cosa
Salud	Se determina socialmente por la capacidad de actuar de un modo razonablemente normal. Por tanto, es un concepto determinado por los grupos sociales y no simplemente una ausencia de estados patológicos. Podría considerarse como la recuperación del ser cuando el individuo se siente libre o capaz de perseguir sus intereses dentro del contexto de los recursos que dispone.
Simultaneidad	Situación en la que dos sucesos ocurren en el mismo intervalo espacio temporal.
Teoría	Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.
Modelo	Es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien planificar el proceso de investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez Alva 2005 Educación para la Salud, Primera edición, México Edit. Manual Moderno pp 140
- Ann Marriner-Tomey 1999, Teorías y Modelos, Edit. Hacourt Brace pp 553
- Beare Gauntlett – Myers 1999, Enfermería Principios y Práctica, Editorial Panamericana, Madrid España, Tomo I, pp 28, 29, 30,etc.
- Carpenito-Mayet 2004, Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería, Edit. Mc Graw Hill-Interamericana, Madrid España.
- E. Ramos Calero 2000, Enfermería Comunitaria, Edit. Difusión Avances, pp 510.
- Fernández Ferrín 1993, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, pp 9.
- F. Colliere 1997, Promover la vida, 1ª Edición, España, Edit. Interamericana, pp 395.
- Flores Lozano 1995, Endocrinología 1ª Edición, Méndez Editores, México.
- Gremio Pan 1995, Endocrinología Básica y Clínica 3ª Edición, Edit. Manual Moderno, México.
- Higashida 2004, Ciencias de la Salud, 4ª Edición, Edit. Mc Graw Hill.
- Kozier 1970, Tratado Enfermería Práctica 1ª Edición, Edit. Interamericana, pp 170 – 171.
- Leslie D. Atkinson 1997, Guía Clínica para la Planeación de los Cuidados, 1ª Edición, Interamericana.

- Potter Patricia 2001, Fundamentos de Enfermería, 5ª Edición, Editorial Harcourt, pp 242 – 250.
- Rodríguez Sánchez 2007, Proceso Enfermero, 2ª Edición, Editorial Cuéllar, México.
- Sorrentino 2001, Enfermería Práctica, Edit. Manual Moderno, México.

CITAS PÁGINAS DE INTERNET

- <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498>
- <http://www.terra.es/personal/duenas/Pae.htm>
- <http://tucolumnatusalud.blogspot.com/2006/12/Lumbalgia.html>

ANEXOS

PARTICIPACIÓN DE ENFRÍA EN:

LUMBALGIA

Casi todos experimentarán lumbalgia en algún momento de sus vidas. Este dolor puede variar de leve a severo y puede ser de corta o larga duración. Como ocurra la lumbalgia puede dificultar muchas de las actividades diarias.

ANATOMÍA

Entender su columna vertebral y cómo funciona puede ayudarle a comprender por qué sufre de lumbalgia.

Su columna está formada por huesos pequeños llamados vértebras, los cuales están ubicados uno encima del otro. Los músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales son partes adicionales de su columna vertebral.

VÉRTEBRAS

Estos huesos se conectan para crear un conducto que protege la médula espinal. La columna vertebral se divide en tres secciones que crean tres curvas naturales en su espalda: las curvas de su cuello (cervical), área del tórax (torácica) y cintura (lumbar). La sección más baja su columna (sacro y coxis) está formada por vértebras fusionadas. La lumbalgia difiere de una persona a otra. El dolor puede ser progresivo o aparecer repentinamente; puede ser intermitente o constante. En la mayoría de los casos, la lumbalgia desaparece en unas pocas semanas.

CAUSAS

Existen muchas causas de la lumbalgia. Algunas veces ocurre después de un movimiento específico como levantar algo o al inclinarse. Hasta envejecer como muchos problemas de espalda.

Al envejecer, nuestras columnas envejecen con nosotros. El paso de los años causa cambios degenerativos en la columna, puede comenzar a los 30 años o antes y puede hacernos propensos a lumbalgia especialmente si nos excedemos en nuestras actividades.

MÉDULA ESPINAL Y NERVIOS

Estos “cables eléctricos” viajan a través de conducto vertebral llevando mensajes entre el cerebro y los músculos. Los nervios se extienden de la médula espinal a través de aberturas en las vértebras.

MÚSCULOS Y LIGAMENTOS

Estos suministran apoyo y estabilidad a su columna y la parte superior del cuerpo. Ligamentos fuertes conectan sus vértebras y ayudan a mantener la columna vertebral en posición.

ARTICULACIONES FACETARIAS

Entre cada vértebra hay pequeñas articulaciones que colaboran en el movimiento de su columna.

DISCOS INTERVERTEBRALES

Estos se sitúan entre las vértebras.

Cuando usted camina o corre, estos discos absorben el impacto y previenen que las vértebras choquen unas contra otras.

Los discos trabajan junto con sus articulaciones facetarias y ayudan a su columna a moverse, inclinarse y torcerse.

Los discos intervertebrales son planos y redondos y de media pulgada de grosor. Están compuestos de dos componentes:

Anillo fibroso.- Este es el anillo exterior resistente y flexible del disco. Ayuda a conectar las vértebras.

Núcleo pulposo.- Este es el centro suave y gelatinoso del anillo fibroso. Otorga al disco sus habilidades de absorber impactos.

(<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498>)

CUIDADO DE LA BOCA

La buena higiene bucal es básica para la salud y el bienestar. Las infecciones de boca y parótidas pueden evitarse mediante el cuidado bucal regular. El cuidado de la boca comprende tanto atención regular del dentista como limpieza apropiada de los dientes. Cepillar los dientes elimina los residuos de alimentos, medio favorable al desarrollo de bacterias. El cepillo es así mismo masaje de encías que estimula la circulación y nutrición.

El estado nutricional del paciente afectará también el estado de su boca. Líquidos suficientes y dieta equilibrada contribuyen a la conservación de boca y encías sanas. Algunas veces, a causa de procesos patológicos, la ingestión de líquidos de un paciente resulta insuficiente. Esto produce a menudo lengua saburral, mal sabor de boca y formación de sarro. Este es una acumulación de microorganismos, alimentos y tejido epitelial en la boca. El mal sabor de boca ejerce un efecto negativo en el apetito de la persona que lo padece.

El cuidado de la boca es indispensable, así mismo en los pacientes con dentadura artificial.

Hay que evitar el lavado de las dentaduras con agua demasiado caliente, ya que podrían romperse o deformarse.

TECNICA DE CEPILLADO DENTAL

Al cepillar los dientes, el cepillo ha de moverse desde la encía hacia las coronas dentales. Este movimiento se efectúa en toda la superficie de los dientes.

Desde arriba hacia abajo, el modo apropiado de cepillarse los dientes, por lo que se refiere a las superficies interna y externa de las piezas dentarias laterales de arriba y de abajo.

Desde arriba hacia abajo, la manera apropiada de limpiarse las superficies anterior y posterior de las piezas dentarias frontales de arriba y abajo. Empiece en cada caso con el cepillo colocado de manera que las cerdas estén paralelas a la superficie del diente, y que sus puntas rebasen el borde de la encía. Dese vuelta a las cerdas hacia los dientes, y con un movimiento enérgico, háganse pasar las puntas, apretando, por el tejido de la encía y las superficies dentarias; repítase cuando menos cinco veces, y pásese el cepillo al otro lado, para limpiar la siguiente sección del arco dental.

(Kozier 1970, pp 76-77)

EL ALIMENTO COMO MEDIO DE NUTRICIÓN

Los alimentos pueden describirse como sustancias que, al ingresar en el organismo, sirven para nutrirlo, reparar las pérdidas de los tejidos y suministrar calor y energía. El alimento es indispensable para la vida, pues proporciona los materiales básicos de la misma: hidratos de carbono, grasas, proteínas, minerales y vitaminas, esenciales para los procesos fisiológicos. Sin la ingestión suficiente de dichos elementos, las funciones normales son imposibles, y como consecuencia se produce enfermedad.

Los elementos nutritivos que ingresan en el organismo por la vía digestiva se digieren primero, y luego se absorben y pasan a la sangre, que los lleva a todas las células del cuerpo. En las células ocurre una actividad metabólica. El metabolismo tiene dos fases: anabolía y catabolía. En el proceso de catabolía, la glucosa, derivada de los hidratos de carbono, y las cetonas y glicerina derivados de las grasas, se desintegran en anhídrido carbónico, agua y energía. En la anabolía, esta energía se emplea para sintetizar enzimas y proteínas indispensables para las células del organismo. En la anabolía, esta energía se emplea para sintetizar enzimas y proteínas indispensables para las células del organismo. La síntesis de los aminoácidos para formar proteínas es un aspecto particularmente importante de la anabolía.

Las células orgánicas varían, según los sujetos y los tejidos de un mismo sujeto, en la cantidad de elementos nutritivos que requieren. El grado de actividad metabólica varía con edad, actividad física, tono emocional, enfermedades, necesidades de crecimiento y otros factores.

La actividad metabólica se expresa generalmente por el grado del llamado metabolismo basal, que, por definición, es la cantidad de calor producida por las células del cuerpo en condiciones lo más próximas al reposo absoluto.

Durante las enfermedades se alteran las necesidades del organismo con respecto a los alimentos. Como ejemplos que causan estos cambios podemos citar los siguientes:

- 1.- La falta de ejercicio reduce la necesidad de nutrientes.
- 2.- -Crecimiento y reparación de tejidos aumentan, por el contrario, dicha necesidad, sobre todo en lo que se refiere a proteínas.
- 3.- La fiebre y algunos medicamentos aumentan la actividad metabólica, por lo que se consumen más hidratos de carbono.
- 4.-La pérdida anormal de líquidos (por ejemplo, como resultado de vómitos) requiere el reemplazamiento de los mismos y de los nutrientes perdidos.

Como los alimentos varían mucho en cuanto a su valor nutritivo, los médicos ordenan a veces regímenes alimenticios especiales destinados a satisfacer las necesidades peculiares de cada paciente. La enfermera debe conocer los principales constituyentes de los alimentos más usados, de manera que pueda explicar a los pacientes y sus familiares que los regímenes tiene por finalidad recuperar las deficiencias dietéticas.

PRINCIPIOS DE LA NUTRICIÓN

Los siguientes principios podrán servir de orientación a la enfermera para que proporcione el mejor alimento a sus pacientes:

- 1.- La alimentación es esencial para la vida de todos los tejidos, y la conservación de las funciones normales del organismo.
- 2.- Es necesaria la absorción suficiente de líquidos para conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo.
- 3.- Un régimen alimenticio bien equilibrado incluye proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.
- 4.- Los diversos alimentos proporcionan diferentes tipos y cantidades de nutrientes.
- 5.- Cada individuo acepta los alimentos de manera personal, sin contar que también es variable la utilización de sus constituyentes.
- 6.- Las necesidades nutricionales de un individuo se afectan por diversos factores físicos y psicológicos.
- 7.- Los alimentos pueden servir como medio terapéutico, al igual que como factor de convivencia social.

(Kozier 1970).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS 14
NECESIDADES FUNDAMENTALES DE V. HENDERSON

Nombre _____ Edad _____

Sexo _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

Lugar de Nacimiento _____ Lugar de Residencia _____

Fuente de Información Primaria _____ Cuidador Primario _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

3. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN
BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA
BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

BIOFISIOLOGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

BIOFISIOLOGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

