



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO EN ADULTO FEMENINO CON ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA
EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS, MEDIANTE EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARÍA DEL SOCORRO ALCANTARA REYNOSO

NO. DE CUENTA: 073026563

DIRECTORA ACADÉMICA.

LIC. ENF. MARÍA DE JESÚS MORALES CRUZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2010



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.

Dedico este esfuerzo, a Dios, a mis padres y hermanos.

A mi amado esposo, Beto esperando que comprenda mis ausencias.

A mis hijos: Claudia, Griselda, Laura, Eduardo Alberto.

A mis nietos: Luis Cesar, Uriel, Narda, Ulises Amauri, Renata y Regina; y a mi bisnieta Romina esperando que sigan estos pasos.

Agradezco a mis brillantes profesores, quienes despertaron en mí el gusto por la Enfermería especialmente la Profesora María de Jesús.

Finalmente, agradezco por su invaluable ayuda a mis amigos: Juanita Galindo, Ana María Bravo, Rosa María Solís y Lupita Paulín.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	4
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. OBJETIVOS	6
IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	7
V. MARCO TEÓRICO	9
5. 1. El cuidado	9
5. 1. 1. Antecedentes del cuidado	10
5. 1. 2. La naturaleza de los cuidados	11
5. 2. Enfermería	
5. 2. 1. Concepto	11
5. 2. 2. Definición de enfermería según Henderson	12
5. 3. Modelo de Virginia Henderson	13
5. 4. Proceso de atención de enfermería	26
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
6. 1. Datos de Identificación	31
6. 2. Presentación del caso clínico	31
6. 3. Valoración de Enfermería	34
6. 3.1. Detección y Jerarquización de las Necesidades Básicas Alteradas	34
6. 4. Diagnósticos de Enfermería en las Necesidades Básicas Alteradas	35

ÍNDICE

	Página
6. 5. Plan de Atención de Enfermería	36
6. 6. Plan de Alta	50
VII. CONCLUSIONES	56
VIII. SUGERENCIAS	57
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS	58
X. BIBLIOGRAFÍA	62
XI. ANEXOS	64

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería está basado en la aplicación del Método Científico el cual sirve de guía a las acciones de enfermería en la realización de los cuidados desarrollando el razonamiento lógico y analítico, que otorguen las mejores soluciones de problemas partiendo de los principios básicos fundamentales del proceso como son: la valoración, planeación, ejecución y evaluación, y de la importancia de la participación del paciente en la planeación de su propio cuidado.

El presente Proceso Atención de Enfermería se elaboró tomando como fundamento teórico el modelo de Virginia Henderson, en una paciente de 56 años de edad, con alteración significativa en las necesidades básicas siguientes: Evitar peligros, Nutrición e hidratación, Oxigenación, Eliminación, Descanso y sueño, Moverse y mantener una buena postura e Higiene y protección de la piel, secundarias a Diabetes Mellitus Tipo II, de las que se realizaron diagnósticos de enfermería, posteriormente se hace la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de enfermería; se describe la evolución que la paciente tuvo en su domicilio, dando especial importancia al plan de atención de enfermería que se le brindó con el objeto de dar una atención integral y lograr una mejoría evidente de la patología, apoyada con el Plan de Alta, donde se indican, las acciones que la paciente debe realizar para su auto cuidado, ya que es un adulto que tiene el riesgo de sufrir diferentes accidentes, por las secuelas de la enfermedad que han deteriorado su integridad neuromuscular, el sentido de la vista, alteraciones en sus mecanismos de defensa, fisiológico, psicológico y sociocultural.

En este trabajo, se incluye el Marco Teórico, donde se expondrán las bases teóricas que dan fundamento al Proceso Atención de Enfermería, también se presenta el Plan de Atención de Enfermería, Plan de Alta, Conclusiones, Sugerencias, Glosario, Bibliografía, y Anexos.

II.JUSTIFICACIÓN

Se realiza el Proceso de Atención de Enfermería, por que este permite desarrollar un pensamiento reflexivo para solucionar problemas de salud de la persona, familia o comunidad.

Dicho método además ayuda a fomentar la investigación en enfermería lo que servirá para proporcionar una atención organizada e individualizada para satisfacer las necesidades básicas en salud de la persona.

Se escoge el caso, debido a que en el Centro de Salud donde laboro acuden a la Consulta Externa, diariamente varios pacientes como la Sra. A.R.B. con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 y representan a una gran parte de la población que se encuentra en similar situación en el estado de México., que son diagnosticados de manera tardía y permanecen en descontrol crónico durante años.

En un gran porcentaje las causas de la ineficacia del tratamiento son atribuibles a la falta de conocimiento de la enfermedad e instrucción sobre el tratamiento y una de las causas de incapacidad y muerte prematura de la población de más de 40 años de edad.

El propósito de la pasante de Lic. en Enfermería es aplicar el Proceso Enfermero, identificando las necesidades o problemas de salud de la paciente ya sean reales o potenciales así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a los mismos.

Otra finalidad de presentar el proceso de atención de enfermería, es obtener el título de Lic. En enfermería y Obstetricia.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería, con base en el Modelo de Virginia Henderson, a una mujer con Diabetes Mellitus Tipo 2, que sirva de guía en la adquisición de habilidades para la valoración clínica del paciente diabético de manera integral y siguiendo un enfoque holístico; con base en un modelo enfermero para la identificación de las necesidades humanas

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Valorar: Los síntomas que el proceso mórbido de la Diabetes Mellitus le ocasiona a la Sra. A. R. B., y los factores que pueden afectar el manejo de su tratamiento así como su evolución y complicaciones.

Planificar: Previa identificación de los problemas que presenta la Sra. A. R. B. para la fijación de prioridades y la planificación de resultados esperados, otorgando una atención integral y de calidad.

Ejecutar: Las acciones de enfermería específicas de acuerdo los problemas y fuentes de dificultad encontradas e identificadas las necesidades básicas afectadas y su grado de dependencia.

Evaluar: Los resultados de los cuidados proporcionados a la Sra. A. R. B para ver que tan eficaz y eficiente fueron, y si se consiguieron los objetivos esperados.

El objetivo principal según el modelo de Virginia Henderson que se basa en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona es que ésta tenga independencia y con calidad de vida.

Fomentar la colaboración de la Sra. A. R. B. para el auto cuidado y el apego a los planes terapéuticos, orientando a la paciente y a su familia sobre el área afectiva, social y expresión de necesidades que son herramientas útiles en el hogar, favoreciendo la disminución de la ansiedad de la paciente y su autonomía personal.

IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Con el presente trabajo, se pretende mostrar cómo se llevo a cabo el desarrollo de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y se inicia su realización con la selección de una mujer adulta de 56 años de edad que asiste al Centro de Salud Santa María Tulpetlac en Ecatepec de Morelos Estado de México con alteración significativa en las necesidades básicas siguientes: Evitar peligros, Nutrición e hidratación, Oxigenación, Eliminación, Descanso y sueño, Moverse y mantener una buena postura e Higiene y protección de la piel, secundarias a Diabetes Mellitus Tipo II, debido a la incidencia, prevalencia, y mortalidad creciente de esta enfermedad, además de la repercusión económica en el seno familiar. Posteriormente se aplico el instrumentó de valoración de la Academia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y 11 de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia, con esto se recabó información para el análisis y realización de la síntesis valorativa y así elaborar un plan de cuidados para su control.

La metodología utilizada en este trabajo fue la de seguir las cinco etapas sucesivas del Proceso Atención de Enfermería: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación, aplicado al Modelo de Virginia Henderson, lo que facilitó la valoración de las necesidades de la paciente en el plano bio – psico- social, cultural y espiritual, y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impidieron su satisfacción; así como poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.

Las acciones que se desarrollaron en cada etapa son las siguientes:

Valoración: Para obtener la información se recurrió tanto a fuentes directas como indirectas; las fuentes directas o primarias que son la paciente y su familia y las indirectas o documentales como el expediente clínico con la finalidad de detectar las necesidades y problemas de Salud de la paciente y la toma posterior de decisiones y actuaciones.

Diagnostico de Enfermería. Que es el juicio o conclusión que se produjo como resultado de la valoración de enfermería.

Planificación. En esta etapa se desarrollaron estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para realizar la promoción de la salud

Ejecución. En esta etapa se puso en práctica los cuidados programados.

Evaluación. Se determino si se consiguieron los objetivos establecidos.

Para finalizar se realizo el Plan de Alta, cuyo objetivo fue capacitar a la paciente y a la familia, sobre los cuidados que deberá llevar a cabo en su domicilio, previa identificación de problemas que no requieran cuidados de enfermería.

Posteriormente se realizó la búsqueda de información bibliografía de donde se obtuvieron los diferentes conceptos que en este trabajo se incluyen como son: el cuidado, Enfermería, se hace énfasis en los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra la paciente. Finalmente, en la integración del trabajo se presentan las Conclusiones, Sugerencias, Glosario de términos y Bibliografía.

V. MARCO TEÓRICO

En las ciencias naturales, la principal función de una teoría es guiar la investigación. En las disciplinas prácticas, la principal función de la teoría (y de la investigación) es ofrecer nuevas posibilidades para comprender el objetivo principal de la disciplina por ejemplo de la enfermería. En la segunda mitad del siglo XX, las disciplinas que deseaban establecerse en las universidades debían demostrar algo que Nightingale no había previsto para la enfermería, un cuerpo específico de conocimientos teóricos.

A finales del siglo XX se centró el trabajo teórico en articular una relación entre los cuatro conceptos principales que se superponen en enfermería (persona, entorno, salud y enfermería) los que se conocen como "meta paradigma" de enfermería.

Los debates sobre el papel de la teoría en el ejercicio de la enfermería proporcionan pruebas de que la Enfermería está madurando, tanto como disciplina académica como profesión clínica.

El término Proceso de Enfermería fue creado por Hall en 1955, y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras personas en referirse a una serie de fases que describen el Proceso de Enfermería y las han organizado de diferentes maneras, el propósito del Proceso de Enfermería es identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a los mismos, y puede ser aplicado a un individuo, a una familia o a un grupo.

5.1. El cuidado.

Los cuidados de Enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a autoconocimiento y responsabilidad, y se sustentan en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias

humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas¹.

5.1.1. Antecedentes del cuidado

Uno de los descubrimientos más importantes legados por el Homo Erectus en el paleolítico fue el fuego, con el dominio de este se transforma la organización social y mágico-religiosa de dichos grupos, con el uso del fuego se modifica la materia y alimentos lo que contribuye a la conservación del grupo y de la especie.

Es cuando surgen las actividades cuidadoras,

En este proceso de humanización del homo Sapiens en el Neolítico se incorporan a las "prácticas de los cuidados" elementos psicológicos y culturales que las desligan de pautas meramente instintivas, lo que supone un aumento en la capacidad de aprendizaje además de gran variedad de comportamientos de la especie; de este modo las actividades vinculadas a la alimentación y al mantenimiento de la vida tienen más diversidad, por lo consiguiente un mayor grado de complejidad.

Por lo que en este periodo se puede afirmar que los "Cuidados" se comienzan a ejercer de forma consciente y de utilidad para la existencia del grupo y especie, dichos cuidados se basaban en el conocimiento de la regularidad de los fenómenos climatológicos y experiencias previas, lo que hace que surja el concepto de "Ayuda" y se incluye el inicio de cierta individualización y previsión del futuro.

El origen de las prácticas de los cuidados surge de las actividades de alimentación y de conservación del grupo relacionado esencialmente con la supervivencia.

¹ Rosales Barrera, Susana; Reyes Gómez, Eva. (2004) Fundamentos de Enfermería. 3a ed. México. Editorial El Manual Moderno p. 9

5.1.2. La naturaleza de los cuidados.

Cuidarse es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía. Una persona adquiere autonomía para cuidarse cuando puede, sabe y tiene motivación para hacerlo.

Según the Canadian Nurses Associations, "La profesión de Enfermería existe como respuesta a una necesidad de la sociedad y contiene ideales relacionados con la salud del individuo a lo largo de toda su vida".

En todas las definiciones de Enfermería aparece un común denominador que son los cuidados competentes considerando al hombre como un ser bio-psico-social, con una historia personal específica, a lo anterior se le añade la libertad para decidir en la autonomía y responsabilidad de su auto cuidado.

5.2. ENFERMERÍA

5.2.1. CONCEPTO.

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad referentes a la salud su conservación, promoción y restablecimiento. (Mosby pág. 484).

La Enfermería o la práctica de la enfermería significan, la identificación y el Tx. De las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que directamente o indirectamente en colaboración con un cliente o equipo de salud aporte de las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento, restauración de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de Enfermería.²

² Riopelle, Lise Grondin, Louis et. al (1997) Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. España: McGraw – Hill Interamericana, pp.

5. 2. 2. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

La función propia de la Enfermera, es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte digna), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson fue de las primeras enfermeras contemporáneas que creó una definición moderna a nivel mundial de la enfermería; La definición de Virginia Henderson de la función específica de la enfermería supuso un punto de partida decisivo para el nacimiento de la enfermería como disciplina diferenciada de la medicina. Al igual que Nightingale, Henderson describió la enfermería en relación con el paciente y su entorno. A diferencia de Nightingale, Henderson veía a los profesionales de enfermería relacionándose tanto con personas sanas como enfermas, reconoció que las enfermeras interactúan con los pacientes incluso cuando no existen posibilidades de curación, y menciona las funciones de enseñanza y de defensa como roles del personal de enfermería. Henderson (1966) conceptualizó el papel de la enfermería como ayuda a personas enfermas o sanas para alcanzar independencia a la hora de cubrir 14 necesidades fundamentales.

Henderson ha publicado numerosos trabajos y sigue citándose actualmente en la bibliografía de enfermería. Se ha valorado mucho su incidencia en la importancia

de la independencia de la enfermería, y su interdependencia con otras disciplinas sanitarias.³

5. 3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El Modelo Conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que desea individualizar los cuidados; para planificarlos hay que profundizar en los conceptos clave de este modelo que destaca la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales. La organización conceptual nos conduce a la definición de la noción de la persona, el rol del cuidador y el objeto de los cuidados de enfermería.

La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de manera clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

Definición del rol de la enfermera según Virginia Henderson:

“El rol fundamental de la enfermera consiste en asistir al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a recobrar su independencia lo más rápidamente posible.”⁴

A partir de esta definición, se extraen conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. Persona.- Necesidades Básicas
2. Salud.- Independencia, Dependencia

³ Kozier Bárbara, Erb Glenora, Berman Audrey J. Snyder Shirlee (2005) Fundamentos de Enfermería 7a ed. México Ed. McGraw – Hill Interamericana p.

⁴ Riopelle, Lise Grondin, Louis et. al. (1997) Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. España: Ed. McGraw – Hill Interamericana p. 2

3. Rol Profesional.- Cuidados Básicos de Enfermería. Relación con el equipo de salud.
4. Entorno.- Factores Ambientales y Socioculturales.⁵

En esta definición se detectan también conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

Postulados:

- ◆ El individuo sano o enfermo, es un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales y el Rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar la independencia lo más rápidamente posible.
- ◆ Necesidad Fundamental.- Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.
- ◆ Independencia.- Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos. Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas.
- ◆ Dependencia.- No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirla en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ◆ Problema de dependencia.- Cambio desfavorable de orden bio –psico –social en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente
- ◆ Manifestación.- Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

⁵ Fernández Ferrín, Carmen; Novel Martí, Gloria (1993). El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona (España): Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. p. 4.

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

Valores

- ◆ Ejercicio de la Profesión.- El rol fundamental que expone en su definición, se efectúa en el ejercicio de la profesión de la enfermería y añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otra persona menos preparada que ella lo hará en su lugar.
- ◆ Rol de la Enfermera.- Rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia de la persona en la satisfacción de sus 14 Necesidades Fundamentales y lo más rápidamente posible.
- ◆ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ◆ Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- ◆ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Elementos Mayores

- ◆ Objetivo.- Conservar o recuperar la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.
- ◆ Persona.- Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio –psico- social- cultural- espiritual.

Necesidades Fundamentales y componentes bio – psico –sociales- culturales y espirituales

La persona debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados. Cada persona debe verse como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1.- Oxigenación / Respiración: Patrón respiratorio, disnea (reposo, esfuerzo), tos, expectoración, ruidos pulmonares, cianosis (central, periférica), dolor torácico, pulso.

2.- Nutrición e hidratación: tipo de dieta, autonomía para alimentarse, deglución, náuseas, vómitos, pirosis, dispepsia, distensión abdominal, anorexia, bulimia, peso, vía de alimentación.

3.- Eliminación: Micción espontánea, controla esfínteres, incontinencia, disuria, oliguria, retención, estoma urinario o digestivo, Hábito en la defecación. Estreñimiento, diarrea, hemorroides, tenesmo.

4.- Moverse y mantener una buena postura: Grado de independencia realiza actividades de la vida diaria, usa prótesis, bastones, silla de ruedas, fuerza en MM, movilidad en cama.

5.- Descanso y sueño: Hábitos de sueño, duerme o no suficiente, usa medicación, apnea del sueño.

6.- Usar prendas de vestir adecuadas: Grado de dependencia, aspecto general.

7.- Termorregulación: Sensación de calor o frío adecuadas al entorno, capaz de aplicar medidas para regular temperatura.

8.- Higiene y protección de piel: Hábitos higiénicos, independencia para higiene, estado de boca, piel, mucosas, pies, uñas, conoce y dispone de medios para higiene y protección de piel, heridas, quemaduras, úlceras por presión.

9.- Evitar peligros: Orientación en tiempo y espacio, conoce sus limitaciones, alteraciones sensoriales, alteraciones de la conducta, nivel de conciencia.

10.- Comunicación: limitaciones sensoriales, uso de prótesis visuales, auditivas, expresa sus deseos y opiniones, habla español.

11.- Vivir según sus creencias y valores: Encuentra sentido a la vida, necesita asistencia religiosa, acepta su salud.

12.- Trabajar y realizarse: Realiza un trabajo satisfactorio.

13.- Jugar participar en actividades recreativas: Ocupa su tiempo en algo útil, ocio acorde con sus gustos y posibilidades actuales.

14.- Conocimiento, aprender: Conoce su enfermedad, conoce a los profesionales que le cuidan, familia.

Estas necesidades son comunes a todos los seres humanos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerla de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales; así como la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes y permiten valorar el estado de la persona como un todo.

El análisis de las necesidades una a una es adecuado en la fase de recogida de datos, posteriormente es imprescindible un análisis posterior de los datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de

satisfacción de acuerdo con los criterios – denominados por Henderson- de Independencia y de Dependencia.

Necesidades y Homeostasia

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio. Ante ligeras desviaciones estos procesos fisiológicos y psicológicos actúan para regularse mutuamente unos a otros. Si una necesidad permanece en un estado de insatisfacción importante, las demás necesidades sufren también repercusiones.

Independencia y Dependencia en la satisfacción de las Necesidades Fundamentales

Virginia Henderson, considera que todas las personas tienen capacidades y recursos reales y potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma constante, con el fin de mantener en estado óptimo la salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a con base en sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como Falta de Fuerza, Falta de Conocimiento o Falta de Voluntad.

Manifestación de Dependencia

Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad, Representan una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel

Continuum Independencia – Dependencia

La dependencia se instala en el momento en que el paciente debe recurrir a otro para que lo asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Por lo tanto, es importante evaluar la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades; para evitar, en la medida

de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

El continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta es el siguiente:

1. La persona es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de manera aceptable que permita la persistencia de la homeostasis física y psicológica, así como el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, ó una prótesis
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otras personas, porque es incapaz d realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Relación entre la duración y el grado de dependencia

La dependencia de una persona debe ser considerada en relación con su intensidad y duración. Puede tratarse de una dependencia ligera o total, transitoria o permanente.⁶

⁶ UNAM – SUA (2003) Método Científico y Proceso de Enfermería. Antología. México. Pp. 67 – 69

Fuentes de Dificultad

Es la causa de la dependencia de la persona, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades fundamentales; Henderson las agrupa en tres posibilidades:

Falta de Fuerza.- Comprendiendo por Fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona sino también la capacidad de la persona para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

Falta de conocimientos.- Relativos a la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles

Falta de Voluntad.- 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 Necesidades Fundamentales.

Estos aspectos deben ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por: Factores de orden físico, de orden psicológico, de orden sociológico, de orden espiritual y ligado a una insuficiencia de conocimientos. Constituyen las fuerzas negativas que impiden a la persona adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad genera en él manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.

Fuentes de Dificultad de orden Físico: Cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca que entorpece la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.

A) Fuentes Intrínsecas: Proviene del propio individuo, es decir, son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios de la persona (problemas articulares, parálisis que dañe la movilidad, problema metabólico no controlado, infección...)

B) Fuentes Extrínsecas: Agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducta a reaccionar de tal forma que constituye un problema para la persona (sonda nasogástrica o vesical que produce irritación, prótesis mal ajustada que perjudica la masticación o el caminar, un vendaje compresivo...)

Fuentes de orden psicológico: Comprenden los estados de ánimo y del intelecto que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales. Conciernen al "cotidiano intelectual", a los trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de la evolución de la personalidad, estado de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones de crisis (modificación del esquema corporal, una pérdida, un duelo etc.)

Las manifestaciones de dependencia en este nivel pueden afectar a todas las necesidades, la ansiedad puede causar hiperventilación, anorexia o diarrea; una situación de crisis perturba con frecuencia la capacidad de comunicarse, de desarrollar las actividades de forma adecuada o incluso de divertirse.

Fuentes de dificultad de orden sociológico. Comprenden problemas generados del individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de sus diversiones, en resumen, problemas ligados a su inserción en la comunidad.

Estas fuentes están ligadas a los planos relacional y cultural. Pueden presentarse bajo la forma de una pérdida o de una modificación del rol social, de dificultades de adaptación al rol, cambio de estatus, sentimientos de rechazo o de alineación, dificultades de comunicación, conflicto de valores, etc.

Se añaden las dificultades que pueden afectar a la persona en los planos económico y ambiental; la enfermera debe saber reconocerlos y asistir al paciente

que los está viviendo; pero sobre todo, debe estar alerta sobre las repercusiones que puedan tener en la salud y en la seguridad de la persona. Debe, por ejemplo, poder detectar los signos de deficiencia en cuanto a la higiene en una casa o de su salubridad y del grado de humedad de su ambiente.

Debe saber descubrir los peligros físicos y psicológicos que representan los distintos medios y actividades en que pueden encontrarse la persona (familia, trabajo, ocio).

Las manifestaciones de dependencia ocasionadas por esta fuente pueden tener repercusiones en todas las necesidades, pueden afectar al estado de salud de una persona, a su evolución personal, a su calidad de vida, tanto desde el punto de vista físico como mental. Pueden ser fuente de estrés, de depresión, de malnutrición, etc.

Fuentes de dificultad de orden espiritual: se refieren a las dimensiones superiores del ser. Las necesidades se identifican la presencia de aspiraciones espirituales en el ser humano.

Este término es considerado en su término más amplio, es decir, engloba todo lo que se refiere al Espíritu, al sentido moral, a los valores, cualquiera que éstos sean. Puede tratarse de una rebelión interna de la persona contra su situación en relación con el sentido de la vida, del dolor o de la muerte.

Estas dificultades pueden tener otro origen. Pueden provenir del medio que relaciona valores que entran en conflicto con los del paciente; o incluso de una condición física que le impide practicar su religión como él desea.

Estas fuentes de dificultad pueden repercutir en el aspecto fisiológico, por ejemplo, en un descenso del apetito, en un aumento del dolor, en una disminución de la capacidad de reposar. Pueden aumentar la ansiedad, provocar depresiones y crear dificultades de relación.

Fuente de dificultad vinculada a una insuficiencia de conocimientos: El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar o del entorno

puede constituir para la persona una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. La enfermera puede ayudar al paciente a adquirir ciertos conocimientos que le permitan satisfacer sus necesidades o actuar en ciertos problemas que estos originen; los conocimientos esenciales son los siguientes:

A. Conocimiento de sí mismo: Debe referirse a determinadas zonas del campo de la experiencia del individuo, que ha de diferenciar y reconocer como características definidas y estables de sí mismo.

Se refieren a sus propios valores, sus sentimientos, sus experiencias, su imagen personal, su identidad, su estatus su rol, sus mecanismos defensa, sus afiliaciones e incluso su propio cuerpo. Este conocimiento de sí mismo es esencial para la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y, por lo tanto, para la conservación de su salud física y mental. Por eso, la enfermera debe, ayudar al paciente a adquirir un mejor conocimiento de sus capacidades, de sus limitaciones y de sus necesidades, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

B. Conocimiento de la salud y de la enfermedad: El paciente debe estar informado sobre los medios de prevención de los problemas de salud, sobre la afección que sufre, y sobre ciertas implicaciones de su tratamiento. Esto es muy necesario, si ha de proseguir su tratamiento cuando vuelva a su casa. Aquí entra en juego el concepto de enseñanza del paciente, con sus formas de enfoque, sus métodos y sus medios pedagógicos.

C. Conocimiento de los otros: La comprensión de sus necesidades físicas, psicológicas y sociológicas, de las situaciones en que viven los otros y de sus problemas de salud, en ciertos casos, es absolutamente necesaria. La enfermera debe aprender a aceptarlos, comprenderlos, amarlos y ayudarlos.

D. Conocimiento del medio: El conocimiento del medio físico y social en el que se desenvuelve la persona le es también necesario para la preservación de su salud y para solucionar determinados problemas físicos y psicológicos.

Es importante para la persona conocer bien su entorno y descubrir los peligros eventuales que puedan surgir de él (estado de las vías de tránsito y peatonales, riesgos de accidentes, peligros de contaminación, alergia etc.). Con este conocimiento, puede protegerse de los peligros y evitar la aparición de problemas de salud.

La comprensión del medio social en que vive una persona resulta esencial para su adaptación y su evolución. Es necesario para todos, conocer lo que puede ofrecer el propio medio, desde el punto de vista de esparcimientos, organismos asistenciales y servicios de salud. En esta dimensión es donde la enfermera puede ayudar al paciente, para que sepa a dónde dirigirse en caso de necesidad.⁷

Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

La enfermería es, esencialmente, un servicio de atención centrado en la familia. La enfermería ha basado gran parte de su práctica en la aplicación de las ciencias biológicas, de la fisiología y bacteriología, entre otras, pero, en mayor grado que la Medicina, en las ciencias sociales: Psicología, Desarrollo Humano, Sociología y Economía. La investigación de enfermería se deriva con mayor frecuencia de las ciencias sociales, y, al hacer frente a las necesidades humanas, de las personas, se aproxima a las ciencias psicosociales, representando un sustituto para el autoatención.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son más importantes para el bienestar humano y menos costoso para la sociedad que la curación de las enfermedades; no obstante, las personas no sólo deben aprender a conservar la salud y evitar una enfermedad, sino que deben querer ser sanas. La condición más importante para promover la salud es que la persona quiera estar sana.

Cuidados Básicos.- Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson menciona "... este es el

⁷ Ibidem pp. 70 – 73

aspecto de su trabajo, de su función, que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación". "Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades" De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

La intervención de enfermería debe centrarse en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella, siempre que sea posible. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por el paciente para satisfacer sus necesidades.

Equipo multidisciplinario.- Para Henderson la enfermera colabora con los demás miembros del equipo de salud así como éstos colaboran con ella "... en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia"

Paciente, Henderson afirma que "... todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esa persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado CON ÉL y PARA ÉL, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo"

Entorno.- Henderson 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 la planificación de los cuidados.⁸

⁸ Op. Cit, Fernández, Ferrin Carmen; Novel, Martí Gloria pp. 7 – 9

5.4. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Jiménez de Esquenazi, G., (1997) en su obra "El proceso de enfermería. Una Metodología para la Práctica" ,afirma que "el Proceso Atención de Enfermería es una técnica, herramienta o estrategia utilizada para el cuidado de Enfermería. Es muy conocido a nivel mundial y en nuestro país, pero en la realidad aun no se ha aplicado en forma amplia como seria nuestra meta profesional ya que permite una comunicación unificada, eficaz y objetiva. La dificultad en su empleo permanece en la forma de entenderlo como un método sistemático, regular y secuencial, que permite la asistencia individualizada, la consecución de metas mutuas entre la persona usuaria y la enfermera y por consiguiente la administración del cuidado de enfermería. El aporte basado en la experiencia de la aplicación del Proceso por parte de las expertas, será una herramienta facilitadora para el aprendizaje de los estudiantes del Proceso de Atención de Enfermería y el reforzamiento para el desempeño profesional, lo cual redundara en la calidad del cuidado y el beneficiara el desarrollo de enfermería a nivel del país. Con el Proceso de Atención de Enfermería se hace un énfasis especial sobre los registros de enfermería e introducir algunas de las varias posibilidades que pueden darse para ello. En cada servicio o en cada Institución deberán adoptarse políticas para el establecimiento de normas que impidan que la presencia y evidencia de las acciones de enfermería pasen desapercibidas con lo cual se perpetuaría la afirmación y el personal de enfermería se puede sustituir."

Orrego, S.V.H., (2003), refiere, en su libro titulado "Método Enfermero", que "el Proceso de Atención de Enfermería, es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos y es cuando se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería.

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario alimentan continuamente. Estas permiten la humanización e integridad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El Proceso de Enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados y la satisfacción y el progreso del paciente. "

Historia

Jiménez de Esquenazi, G., (1997), menciona que "El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959). Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planeación, realización y evaluación), y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al aumentar la etapa diagnóstica.

Fue a mediados del presente siglo cuando enfermeras líderes y dinámicas se dieron cuenta de la necesidad de contar con un proceso clínico que le diera dirección específica a lo que es particular a la enfermería profesional. Fueron autores y estudiosos de enfermería como Abdellah, Henderson, Orem, Orlando, Travelbee y Weidenbach quienes le dieron a la enfermería una perspectiva sobre valoración, diagnóstico, planteamiento para intervenir y evaluar."

Definición

Para Orrego, S.V.H., (2003), el Proceso de Enfermería es el conjunto de la experiencia de la enfermería, pertenece al modelo predominante de investigación clínica para la enfermería profesional. Sirve para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

En estas condiciones, es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional de enfermería, emplea sus criterios,

conocimientos, habilidades y destrezas al diagnosticar y brindar una respuesta humana a sus problemas y necesidades reales o potenciales que afecten su salud.

Según Yura y Walsh, el Proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación encaminadas a cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo, y si este estado se altera, promover, entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar.

Si no se puede llegar al bienestar, el Proceso de Enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar lo máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Objetivo

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura que pueda abarcar, las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Contempla también en una relación de interactuar entre el paciente y el profesional de enfermería, tomando en cuenta que el paciente es en primer término. Establece planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actúa para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Organización

El Proceso de Enfermería está organizado por cinco etapas importantes: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, las cuales se mencionan en el siguiente orden, con base en la descripción que realiza Jiménez de Esquenazi, G., (1997):

Valoración

La valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería. Se define como la obtención de datos de la salud de las personas, familia o comunidad en forma intencionada, organizada y continua, la valoración como cada una de las demás etapas del Proceso de Enfermería es igualmente importante, es de gran relevancia

porque es la base para determinar diagnósticos y tratamientos a las respuestas humanas y para la evaluación, logrando en esta forma los objetivos del cuidado del paciente.

La recolección de datos debe ser de forma sistemática y organizada y seleccionar los datos de importancia del paciente desde un enfoque integral, ya que a enfermería le interesa los diversos componentes de cada caso por la creencia que tiene que el ser humano interactúa con sus congéneres, con su medio ambiente físico y social y que la salud o la condición de alteración de la misma es el producto de estas relaciones donde las respuestas son totales ya sean de individuos, de un grupo familiar o de un grupo de la comunidad.

Diagnóstico

En esta segunda etapa, los datos se analizan y se interpretan utilizando un juicio crítico, conocimientos teóricos, habilidades y destrezas, solución de problemas, método para análisis y toma de decisiones para llegar a una conclusión diagnóstica de cuáles son las necesidades y problemas que el paciente necesita que le sean resueltos.

Planificación

Es la tercera etapa del Proceso de Enfermería y se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas y es de importancia la participación del paciente así como una buena comunicación para garantizar el éxito del plan propuesto y corregir el problema. El planteamiento del cuidado con base en los diagnósticos identificados le da una característica de personalidad a esta etapa del proceso ya que se trata de hacer propuestas de tratamiento con bases científicas y con la orientación de las metas de enfermería en su campo de acción independiente. El planeamiento del cuidado de enfermería no es ajeno al diagnóstico médico, sin embargo los diagnósticos médicos orientan el tratamiento médico y los diagnósticos de enfermería guían los tratamientos de enfermería. En suma, los dos tipos de tratamiento más los de otras profesiones afines, constituyen el cuidado total.

Componentes del planteamiento del cuidado: Establecimiento de prioridades. Determinación de los resultados esperados. Preparación de las intervenciones de enfermería. Registro del plan.

Ejecución

La cuarta etapa del Proceso de Enfermería se fundamenta en las tres que las preceden y es tan importante como las demás en el conjunto que constituye el ejercicio, profesional. En esencia la aplicación o ejecución del plan son las intervenciones que la enfermera desarrolla con el paciente y para el paciente con el fin de lograr los resultados esperados. El plan puede ser ejecutado por miembros del equipo de atención sanitaria, por el paciente o por su familia, según lo determina la persona responsable del cuidado y de lograr resultados.

Aun cuando la enfermera no realice todas las acciones, su participación es indispensable para enseñar, coordinar y evaluar los detalles de las acciones y los resultados. Las funciones que no debe delegar, son las de valorar, diagnosticar, planear el cuidado, ejecutar delegando parcialmente y evaluar como veremos en la próxima etapa.

Evaluación

La evaluación es la quinta y última etapa del Proceso de Enfermería y se entiende como un proceso continuo en el cual se decide y se asignan valores a la situación que sucesivamente se va obteniendo en cada una de las etapas. Otro factor que se considera, es la evaluación de la ejecución por parte del paciente, esta es importante como la que hace la enfermera de los resultados. El paciente evalúa al personal de enfermería del mismo modo que su actividad personal. Esta evaluación se dirige a la comodidad de los dos participantes y al grado de satisfacción de las expectativas. Todas estas y otras evaluaciones posibles son valiosas para tomar decisiones respecto a un nuevo planeamiento o cambios de las órdenes seleccionadas.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1. Datos de identificación

Nombre: A. R. B.	Edad: 56 años.
Fecha de nacimiento: 04-02-53	Sexo: F
Peso: 81 kg.	Talla: 1.58
Gpo. Sanguíneo y Rh: "A" +	Escolaridad: Carrera Técnica
Ocupación: Comerciante	Religión: Católica
Lugar de nacimiento: México D, F.	Idioma: Español
Estado civil: Separada	Tipo de familia: Vive sola
Domicilio: Colonia Jardines de Santa. Clara	Fuente de información: Directa
Dx. Médico: Diabetes Mellitus Tipo 2	

6.2. Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 56 años de edad con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 con 18 años de evolución, mexicana, nacida en el D.F, que fue captada en el Centro de Salud Santa María Tulpetlac en la Consulta Externa el 13 de agosto del 2009.

Padre y Madre diabéticos y finados, dos hermanos mayores mueren por complicaciones de DMT2 y un hermano menor tiene amputación por complicación de la diabetes mellitus tipo 2.

Menarca a los 11 años con ritmo regular de 28 días por 4, IVSA a los 20 años, una pareja sexual, método de PF., temporales, hormonales y DIU, G-6, A-2, P-4, C-0 a los 27 años método definitivo Salpingoclasia, Menopausia a los 49 años.

Escolaridad nivel técnico, católica, Estado Civil separada actualmente vive en la casa paterna con un hermano de 49 años de edad que llega dos veces por semana a la casa, el mayor tiempo lo pasa sola. La casa es de materiales perdurables, de tipo urbano, cuenta con todos los servicios entra y extra domiciliarios sin hacinamiento y promiscuidad, baño cada tercer día y cambio de ropa diario, cepillado de dientes una vez al día, alimentación inadecuada en cantidad y calidad baja ingesta de líquidos y tendencia al estreñimiento, con regulares hábitos higiénicos, sin adicciones, se dedica al comercio ambulante, no cuenta con servicio médico.

Operada a Corazón abierto al año ocho meses de edad, padeció enfermedades propias de la niñez, a los 38 años de edad es diagnosticada con DMT2 en el 1er nivel de atención, sin control adecuado presentando Hipertensión Arterial secundaria a la Diabetes, dislipidemias, retinopatía y desarrollo de neuropatías, multitratada medicamente. En el año 2004 le realizaron una Cirugía de catarata en ojo izquierdo para la colocación de un lente intraocular con resultados adversos por elevación de la presión intraocular, y perdida posterior de la vista, en el ojo derecho presenta disminución de la vista por crecimiento de catarata y en el año 2007 es programada para la nueva cirugía de catarata, no siendo posible por elevación de glucosa a 600 mg/dl; en el año 2008 se mantiene estable y se comienza a tratar en el DIF de Ecatepec para ver si la operan de la catarata, entra a un programa auspiciado por un partido político y va con un grupo previamente seleccionado a Venezuela, donde la oftalmóloga le dice que su caso es muy especial por lo que le recomienda que no se opere en ese momento y que espere y se opere en México previo tratamiento.

La paciente refiere que en lo que va del año 2009 se ha dedicado al trabajo que asiste a sus consultas de control de la Diabetes con mediana regularidad, respecto a su estado de salud dentro de lo que cabe se mantiene estable aunque de repente presenta descompensaciones de la glucosa en sangre; respecto a su vista con las variantes en los niveles de glucosa su visión va disminuyendo paulatinamente. Actualmente agosto del 2009 se captó para la realización del presente trabajo, se sostuvo una estrecha relación hasta septiembre donde se

realizaron varias actividades como la canalización a una escuela para ciegos, la capacitación sobre las técnicas que necesitaba aprender para el control de su enfermedad, además para la estructura del trabajo ya mencionado, la paciente debido a su trabajo y a que fue a visitar a su familia a Toluca se vuelve a presentar. hasta enero del 2010 en el Centro de Salud, se le recomienda que se inscriba en el seguro popular a lo que accede; asiste a consulta el 12 de enero del 2010 en ese momento se encontraba estable, la paciente es citada en un mes pero no se presenta hasta el 21 de febrero a consulta aduciendo nuevamente que tuvo que trabajar y por eso no asistió a consulta se le realiza una detección de la glucosa capilar (dextrostix) dando cifras de 270mg/dl por lo que es referida a 2° nivel agregando el médico que es una paciente de difícil control. Aprovechando la visita de la paciente se le motiva para que siga asistiendo a las pláticas una vez por semana para que no interfiera con sus clases en la escuela para ciegos, y los meses de marzo, abril asiste con regularidad, comenta que se quiere ordenar para que su azúcar se controle y la puedan operar del ojo. El 18 de junio la paciente es contrarreferida del segundo nivel refiere que le realizaron en mayo estudios y un ultrasonido de los riñones, y que el médico internista le volvió a ajustar la dosis y el horario de aplicación de la insulina.

La paciente logra el control de su glucosa y el día 5 de julio con 95 mg/dl de glucosa y mayo se encuentra estable; en sangre es operada del ojo derecho y le retiran la catarata también le gradúan sus lentes y a la fecha se está recuperando de la cirugía y retomando sus actividades diarias paulatinamente, aunque no recupero la visión al cien por ciento debido al daño ya preexistente por la retinopatía está muy satisfecha por como dice ella poder ver aunque sea un poco.

6.3 VALORACIÓN DE ENFERMERIA

6.3.1. Detección y Jerarquización de las Necesidades Básicas alteradas

NECESIDADES BÁSICAS	DATOS DE DEPENDENCIA	
	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1.-Evitar peligros	Perdida de la visión en ojo izquierdo, catarata en ojo derecho.	Las condiciones del entorno y las barreras naturales, dificultan la ambulación a una persona de baja visión.
2.- Nutrición e Hidratación	Glucosa 333 mg/dl, IMC- 33.7	Horario de comidas irregular, consumo de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, azucares
3.- Oxigenación	Edema en miembros inferiores, presencia de varices.	Dolor y ardor , sensación de hormigueo
4.-Eliminación	Peristaltismo disminuido, abdomen distendido, uso de laxantes.	Evacuaciones esporádicas cada 3 o 4 días, duras escasas, flatulencias
5.- Descanso y sueño	Perdida de la visión en ojo izquierdo, catarata en ojo derecho.	Las condiciones del entorno y las barreras naturales, dificultan la ambulación a una persona de baja visión.
6.- Moverse y mantener una buena postura	Glucosa 333 mg/dl, IMC- 33.7	Horario de comidas irregular, consumo de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, azucares
7.-Higiene y protección de la piel	Edema en miembros inferiores, presencia de varices.	Dolor y ardor , sensación de hormigueo

6.4. Diagnósticos de Enfermería en las Necesidades Básicas alteradas

NECESIDADES BÁSICAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1.-Evitar peligros	Riesgo de lesión relacionado con trastornos del equilibrio y alteraciones de la capacidad para detectar los peligros ambientales Deterioro de la de ambulación relacionado con disminución de la visión manifestado con dificultad para sortear obstáculos y superficies desiguales.
2.- Nutrición e Hidratación	Alteración de la nutrición por encima de las necesidades del organismo relacionado con ingesta irregular de los alimentos manifestada con elevación de la glucosa en sangre.
3.- Oxigenación	Riesgo de tromboflebitis relacionado con edema en miembros inferiores secundario a varices manifestado con dolor, ardor y sensación de hormigueo.
4.-Eliminación	Estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo secundario a falta de ejercicio, dieta deficiente (falta de residuos fibra) manifestado con frecuencia de la deposición inferior a 2 por semana.
5.- Descanso y sueño	Ansiedad relacionada con amenaza real o imaginaria para el auto concepto, secundaria a; amenazas a la seguridad manifestado con insomnio.
6.- Moverse y mantener una buena postura	Trastorno de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y de la resistencia secundaria a; deficiencias sensoriales (débil visual) manifestado con alteración de la capacidad para moverse resueltamente dentro de su entorno (de ambulación).
7.-Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con hábitos personales de higiene inapropiados (espaciamento del baño corporal) manifestado con resequedad y descamación de la piel.

6.5. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD : Evitar peligros

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de lesión relacionado con trastornos del equilibrio y alteraciones de la capacidad para detectar los peligros ambientales

OBJETIVO

Valorar la presencia de factores etiológicos o relacionados con la disminución visual.

Reducir o eliminar los factores etiológicos o relacionados si es posible.

Capacitar a la paciente sobre prevención de accidentes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Intervenciones generales se valora la presencia de factores etiológicos o relacionados con la disminución de la agudeza visual, reducir o eliminar los factores etiológicos o relacionados si es posible.

1. Se orienta a la paciente sobre el entorno extraño para que se vaya familiarizando.
2. Se le invita a conseguir una iluminación segura y que debe poner interruptores en lugares accesibles cerca de la cama
3. Se le enseña a reducir el deslumbramiento, evitar superficies brillantes (p. ej., Cristales, suelos muy encerados).
4. Emplear una luz difusa en lugar de directa: utilizar pantallas en los focos.

5. Girar la cabeza al encender una luz brillante.

6. Se enseña a la paciente a ofrecer contrastes de colores para mejorar la discriminación visual y evitar el verde y el azul.

- Señalar los bordes de los escalones con códigos de colores (p. ej., Cinta adhesiva de colores).
- Evitar las paredes, los platos y mostradores blancos.
- Evitar los cristales transparentes (p. ej., Utilizar cristales ahumados).
- Elegir objetos coloreados sobre blanco (p. ej., teléfono negro).
- Evitar colores que se mezclen (p. ej., Interruptores de color beige sobre paredes de color beige).
- Pintar los picaportes con colores brillantes.
- Evitar los suelos alfombrados, en desorden o muy lisos, colocar superficies antideslizantes en el baño, colocar asideros en el cuarto de baño.
- Colocar barandillas en los lugares de paso y en las escaleras, eliminar los objetos salientes como percheros, estantes, apliques de luz en las paredes.
- Usar calzado con suelas antideslizantes.

7. Enseñar el empleo de dispositivos de ayuda (bastón con longitud adecuada a la paciente), su manejo.

1.-Se enseña a la paciente a identificar conductas y factores de riesgo de caídas.

2.-Se identifican las características del medio ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas como suelo resbaladizo, escaleras sin barandal.

FUNDAMENTACIÓN

Un entorno extraño y los problemas de visión, orientación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad a las caídas del la persona. La persona puede

adoptar las precauciones necesarias si se identifica el tipo de trastorno visual y las opciones disponibles. Una persona con problemas de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros, para facilitarle así las actividades de la vida diaria. Los objetivos de la prevención y el tratamiento de las caídas se centra en reducir la probabilidad de las mismas, disminuyendo los peligros ambientales, reforzar la competencia de la persona para resistir las caídas y las lesiones secundarias y proporcionar asistencia para las lesiones causadas por las caídas. El deslumbramiento a menudo es responsable de las caídas , en las personas que son más sensibles a la luz intensa. La iluminación incandescente (no fluorescente) deslumbra menos.

Un ambiente desconocido, junto con los trastornos de la visión y la movilidad, puede aumentar el riesgo de lesión de la persona (p. ej., Caídas, quemaduras).

Un programa de fortalecimiento del tobillo y paseos puede favorecer el equilibrio, aumentar la fuerza de los tobillos, mejorar la velocidad de la marcha, disminuir las caídas y el miedo a caerse y aumentar la confianza para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Schoenfelder. 2000).

La capacitación a la paciente sobre la prevención de accidentes y seguridad personal, debido a la pérdida parcial de la visión evita que pueda sufrir daño físico.

EVALUACIÓN

La Sra. Bety y su familia identifican y reducen los peligros ambientales a través de las situaciones que contribuyen a los accidentes.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la de ambulación relacionado con disminución de la visión manifestado con dificultad para sortear obstáculos y superficies desiguales.

OBJETIVO

Motivar a la paciente para que busque una institución donde la capaciten sobre como moverse independiente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- 1.-Se informa a la paciente de la ubicación de la asociación para invidentes.
- 2.-Se invita a la paciente para que consiga un dispositivo de ayuda para la ambulación (bastón).

FUNDAMENTACIÓN

Al identificar recursos de apoyo, como redes comunitarias se fomenta la interrelación familiar y social, lo que refuerza la confianza del individuo en sí mismo. El uso de recursos de apoyo externo facilita el desarrollo y crecimiento de la persona, y lo lleva a la autosuficiencia.

EVALUACIÓN

La paciente ingresa como alumna en la escuela para ciegos. El uso del bastón le sirve para tener una de ambulación más estable.

NECESIDAD : NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por encima de las necesidades del organismo relacionado con ingesta irregular de los alimentos manifestada con elevación de la glucosa en sangre.

OBJETIVO

Ayudar a disminuir los niveles de glucosa en sangre a cifras normales con ayuda de una dieta hipocalórica e hipo sódico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se valoran los factores etiológicos defectos visuales (ceguera, limitación del campo visual, percepción de profundidad escasa).

- 1.- Se explica a la paciente que llevar a cabo una dieta prescrita es con el propósito de bajar los niveles de glucosa en sangre, a 126 mg/dl en ayuno
- 2.- Se instruye sobre comidas permitidas y prohibidas, también se estructura una terapia de ejercicios pasivos y activos.
- 3.- Se enseña a acomodar preferencias de comidas en la dieta prescrita y a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas preferidas.
- 4.- Si es preciso se proporciona un plan escrito de comidas.
- 5.- Se informa que el plan alimenticio se llevara hasta lograr el objetivo.

FUNDAMENTACIÓN

La alimentación tiene consecuencias fisiológicas, psicológicas y culturales proporcionando el control sobre las comidas se favorece el bienestar global. Existen alteraciones orgánicas que requieren dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud, o bien el control del padecimiento. La nutrición está determinada por la edad, actividad y estado fisiológico, para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas del organismo se requiere un 70% de agua. Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

EVALUACIÓN

Bety demuestra comprensión de los factores que provocan el incremento del peso, manifiesta el deseo de lograr el peso normal para su edad y estatura. Tiene

mayor conocimiento de la dieta que debe consumir de acuerdo a la elevación de la glucosa e identifica los alimentos que debe consumir y diferencia los que le elevan la glucosa.

NECESIDAD : OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de tromboflebitis relacionado con edema en miembros inferiores secundario a varices manifestado con dolor, ardor y sensación de hormigueo.

OBJETIVO

Ayudar a fomentar el retorno venoso por medio de acciones físicas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se realiza valoración de circulación venosa periférica (comprobando pulsos periféricos, si hay edema, tiempo de llenado capilar, color y temperatura de extremidades), si hay dolor en la zona afectada.

Se comprueba si está presente el signo de Omán (dolor cuando se flexiona dorsalmente el pie).

Se observa si hay signos de disminución de la circulación venosa incluyendo aumento de la circunferencia de las extremidades, inflamación y sensibilidad dolorosa, empeoramiento del dolor en posición de declive, vena dura a la palpación, calambres graves enrojecimiento y calor, entumecimiento, hormigueo y fiebre.

Se verifica que la paciente tomo su medicamento anticoagulante (prescrito por el Médico).

Se recomienda a la paciente que no se masajee la zona afectada.

Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

Se enseña a la paciente ejercicios de extremidades inferiores que son:

1º. Alternar la dorsiflexión y la flexión plantar de los pies.

2º. Eleve y descienda las piernas, alternativamente, desde la superficie de la cama. Flexione la rodilla de la pierna más estable y extienda la rodilla de la pierna que se está moviendo.

FUNDAMENTACIÓN

La sangre contenida en las venas por debajo del corazón debe ser forzada contra la gravedad para volver a ese órgano. La fuerza más importante que se opone a la gravedad es la acción de compresión de los músculos esqueléticos al contraerse. La bomba muscular esquelética fuerza el flujo de sangre por las venas próximas a los músculos, y las válvulas consiguen que la sangre solo se mueva hacia el corazón. La bomba muscular esquelética es ayudada por:

1.- La constricción del músculo liso venoso, que evita el excesivo aumento de la capacidad de las venas de los miembros, y asegura que las válvulas no se dilaten hasta hacerse incompetentes.

2.- La succión creada en las venas por las presiones negativas torácica y abdominal asociada a la respiración.

La prominencia de las venas de los miembros indica un tono venoso pobre e insuficiente actividad de la musculatura esquelética. Este ejercicio se conoce, en ocasiones, como bombeo de pantorrillas, ya que alternativamente contrae y relaja los músculos de la pantorrilla, incluidos los músculos gemelos. Este ejercicio contrae y relaja los músculos de los cuádriceps.

EVALUACIÓN

La paciente reconoce los signos de riesgo de la insuficiencia venosa. La sensación de hormigueo y ardor disminuyo. Toma su dosis diaria de acido acetil salicílico (anticoagulante). Reconoce que no debe masajear sus piernas vigorosamente. Realiza ejercicio de dos a tres veces por semana y se propone llevarlo a cabo próximamente diario. Consume de 6 a 8 vasos de agua al día.

NECESIDAD : ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo secundario a falta de ejercicio, dieta deficiente (falta de residuos fibra) manifestado con frecuencia de la deposición inferior a 2 por semana.

OBJETIVO

Fomentar el ejercicio físico de acuerdo al estado anímico de la paciente, para que ayude a incrementar el peristaltismo del intestino.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se le explica a la paciente el funcionamiento del aparato digestivo; que los residuos de los alimentos que no son aprovechados por el organismo son eliminados a través de la defecación.

Se capacita a la paciente como puede ayudar modificando sus hábitos de evacuación.

El 1º. Paso es, dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones y de preferencia en posición sedente.

Asegurar una ingesta de líquidos adecuada, instruir sobre alimentos con fibra (sin exceso).

Asegurarse de que realice ejercicio como caminar, movilidad articular.

Administración de supositorios en caso necesario.

FUNDAMENTACIÓN

La comprensión del funcionamiento digestivo influye positivamente en la atención a las necesidades de eliminación del paciente. El peristaltismo intestinal y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflejo de la defecación. La defecación es un acto voluntario.

El aparato digestivo no tiene enzimas adecuadas para la digestión de la celulosa. Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.

EVALUACIÓN

La paciente ya evacua casi a diario y sus heces son menos duras. Ha disminuido la distensión abdominal.

NECESIDAD : DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Ansiedad relacionada con amenaza real o imaginaria para el auto concepto, secundaria a; amenazas a la seguridad manifestado con insomnio.

OBJETIVO

Ayudar a normalizar el patrón del sueño

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Disminuir la ansiedad por medio de la potenciación de la seguridad.

Fomento de ejercicio pasivo y activo.

Musicoterapia.

Terapia de relajación muscular simple.

FUNDAMENTACIÓN

Los ritmos fisiológicos o ciclos circadianos son patrones repetitivos de actividades cada 24 hrs. Aproximadamente, en condiciones normales. El sueño como parte del ciclo vigilia-sueño, es una de las formas del cuerpo humano para recuperar la energía perdida durante el día.

EVALUACIÓN

La paciente refiere que se encuentra más tranquila está durmiendo más horas, y que si se despierta en la madrugada ya escucha el radio.

**NECESIDAD : MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA
POSTURA.**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y de la resistencia secundaria a; deficiencias sensoriales (débil visual) manifestado con alteración de la capacidad para moverse resueltamente dentro de su entorno (de ambulación).

OBJETIVO

Fomentar el ejercicio físico para mejorar la movilidad y la tonicidad muscular.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La principal terapia es que camine y posteriormente,

Se enseña cómo hacer ejercicios pasivos. Ejercicios de flexión. Ejercicios de extensión. Ejercicios de movilidad articular.

Ejercicios de equilibrio.

Cambio de posición.

Establecer objetivos comunes.

Manejo del dolor (puede ser con analgésicos prescritos).

Terapia de relajación simple.

En la escuela les van a dar clases de baile unas veces a la semana.

FUNDAMENTACIÓN

Con la edad las fibras musculares no se reproducen igual y la función muscular disminuye, a medida que el metabolismo del músculo se hace menos eficaz y las fibras musculares son sustituidas por tejido conjuntivo. Sin embargo, una parte importante de la disminución de la función muscular que se aprecia en las personas de edad se debe a la falta de ejercicio. Incluso en la edad avanzada, el aumento adecuado de los movimientos y el ejercicio mejora el tono y la fuerza muscular.

EVALUACIÓN

Tiene flexibilidad en las piernas. Toma analgésicos cuando se presenta dolor. La paciente se siente un poco más fuerte ya no se cansa tanto.

NECESIDAD : HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con hábitos personales de higiene inapropiados (espaciamiento del baño corporal) manifestado con resequedad y descamación de la piel.

OBJETIVO

Mantener la integridad de la estructural de la piel y su función fisiológica normal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se valora la presencia de: sequedad de la piel

Enseñar a la paciente a reconocer los signos precoces de la lesión en la piel.

Se recomienda a la paciente se bañe mínimo tres veces por semana.

Se recomienda usar jabón neutro o un compuesto antiséptico.

Se debe realizar el secado de la piel sin friccionar, y aplicar una crema hidratante o sin alcohol.

FUNDAMENTACIÓN

La piel con la edad se vuelve más fina que en la juventud, ya que disminuye el número de glándulas y la cantidad de sebo y sudor, esto suele producir una piel más seca y una mayor sensibilidad al calor. Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados. Al estar elevada la glucosa en sangre, este mecanismo no permite la granulación de la piel (cicatrización).

El baño favorece la eliminación de células muertas, secreciones, sudor y polvo, y el agua caliente hace que los músculos se relajen. El efecto de los compuestos antisépticos, destruye o altera el crecimiento de los microorganismos. El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones, las cremas mantienen la piel suave y libre de escoriaciones y grietas producidas por la falta de grasa.

EVALUACIÓN

La piel de la paciente se encuentra más hidratada y sin descamación. Tiene más hidratada la piel de sus pies y sin lesiones. Control de la hiperglucemia a cifras normales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de tegumentos (uñas) relacionado con infección por hongos manifestado con engrosamiento de las uñas tipo leño, cambio de color, endurecimiento y mal olor.

OBJETIVO

Colaborar en la erradicación de la infección por medio de medidas higiénicas y aplicación de antimicóticos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se aconseja acudir a consulta para que le de tratamiento para la infección fúngica de las uñas.

Se explica a la paciente la relación que existe entre neuropatía y enfermedad vascular, que debido a la

Diabetes se presenta una neuropatía (falta de sensibilidad en los pies y disminución del retorno venoso de las extremidades inferiores lo que a la larga favorece las infecciones en los pies y uñas).

Se recomienda el lavado diario de los pies con agua tibia y jabón suave, un secado meticuloso entre los dedos, y aplicar una crema hidratante con un suave masaje, el uso de calcetines sin costuras y zapatos cómodos y suaves, se recomienda el cambio de los últimos dos veces al día.

FUNDAMENTACIÓN

Debido a la menor circulación periférica, los pacientes con Diabetes o enfermedades vasculares periféricas son muy propensos a las infecciones si sufren una herida en los pies. Muchos problemas de pies se pueden evitar enseñando al paciente como cuidar sus pies.

EVALUACIÓN

La Sra. A. R. B. actualmente se corta las uñas. Se aplica pomadas después del baño y mantiene la piel seca.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Uno de los recursos que le ayuda a la paciente, a saber con certeza si el tratamiento está teniendo buenos resultados es la medición periódica de la glucosa en la sangre y en la orina, ambos métodos permiten conocer si la cantidad de glucosa esta dentro de los límites normales, lo que ayudara a hacer cambios en la dieta y en la cantidad de medicamento (insulina). La paciente realiza la medición casera de la glucosa (auto monitoreo), lo que le proporciona información sobre el control o descontrol en los niveles de glucosa en la sangre, es decir, los cambios en los niveles de glucosa durante el día en relación con las comidas, ejercicio y las alteraciones emocionales (estrés). Este auto monitoreo de la glucosa le permite a la paciente ajustar las dosis de insulina, modificar su alimentación y regular el ejercicio físico, la ventaja es que la paciente aprende a tener un mejor control y manejo de la diabetes, corrigiendo conceptos erróneos y mejorando así su estado

de salud. Los medicamentos que está utilizando son: Bezafibrato, Enalapril, Furosemida, Gabapentina, Insulina Intermedia NPH y Pravastatina

6. 6 PLAN DE ALTA

Objetivo General:

Promover la máxima independencia, estimulando a la paciente para que continúe en su domicilio con el seguimiento de su tratamiento.

Siendo que la Sra. Bety Fue captada en la consulta externa del centro de salud. Se le considera una paciente ambulatoria y la meta principal de la Sra. A. R. B. en su domicilio será mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cerca a las cifras normales entre 80 y 110 mg/dl. (Las cifras mayores de 140 mg/dl, a mediano o largo plazo pueden causar daño a diferentes órganos del cuerpo como el sistema circulatorio y algunos nervios que regulan ciertas funciones del cuerpo), considerando que de esta forma podrá prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad:

El tratamiento debe ser integral (abarcando administración de hipoglucemiantes orales, administración de insulina, ejercicio, dieta, realización de pruebas de laboratorio y orientación y educación continua sobre su enfermedad), ya que está en sus manos la responsabilidad diaria de controlar y observar la evolución de su padecimiento para así poder llevar una vida activa y lo más independiente posible.

Objetivos Específicos:

Brindar a la Sra. Bety una información más precisa sobre su enfermedad y tratamiento; lo que la preparara para llevar a cabo un buen auto cuidado.

Informar y capacitar a la paciente sobre las complicaciones de la diabetes y lo que debe hacer; señalar la importancia de asistir a consulta con su médico y dentista regularmente (cada mes); realizar un auto monitoreo de los niveles de glucosa en sangre (en pacientes bien controlados se puede realizar en ayuno, una vez por semana según lo considere su médico, en pacientes mal controlados o inestables el auto monitoreo se realiza diario , inclusive varias veces al día hasta que se logre

el control glucémico), de la presión arterial tomársela periódicamente (en casa) para observar si esta alta o está disminuyendo, sobre el control de peso observar si se logra llegar al índice de masa corporal establecido, además de asistir anualmente a un examen de agudeza visual y de retina, se realizara una prueba de colesterol cada seis meses para verificar que este en un nivel bajo de acuerdo a la disminución de ingesta de grasas en su alimentación por último seguirá los seis pasos para tener pies sanos:

1. Revisará diariamente que sus pies no presenten cortadas, contusiones, arañazos, heridas, decoloración, enrojecimiento, callos o infecciones.
2. Lavará y secará sus pies diariamente, aplicará crema sobre la piel seca para evitar que se parta, mantendrá seca la zona entre los dedos podrá usar talco, se cortará con cuidado las uñas.
3. Utilizará zapatos cerrados de su medida no apretados pensando que se aflojarán con el uso.
4. Usará calcetines limpios y de algodón, evitará de nylon con tiras elásticas ni usará ligas en rodillas, tobillos o piernas que los calcetines no tengan las bandas ajustadas.
5. Si tiene callos que se los retire un profesional. No usar remedios caseros ni aplicarse parches ni cortarlos ella misma.
6. Si presenta algún problema en los pies, acuda al médico.

Complicaciones de la diabetes mal controlada:

1.- Sistema circulatorio:

Enfermedades del corazón (infarto) y accidente vascular cerebral (tromboembolia).

También pueden dañarse las arterias de la retina y el riñón.

2.- Trastorno de los nervios:

Falta de sensibilidad ("hormigueo" en los pies).

Con el paso del tiempo algunas personas pueden llegar a tener diarrea crónica, incontinencia urinaria e impotencia sexual, debido al daño de los nervios que controlan estos órganos.

3.- Trastornos combinados:

El "Pie diabético" se caracteriza por falta de sensibilidad y problemas circulatorios, que facilitan la producción de úlceras e infecciones (en caso necesario llega a ser necesaria la amputación).⁹

Complicaciones agudas:

Hipoglucemia: es la disminución brusca de la cantidad de glucosa en sangre, las causas que la producen son: demasiada insulina, poco alimento, demasiado ejercicio y no comer a las horas adecuadas; los síntomas son: sudor frío, dolor de cabeza, visión borrosa, hormigueo, sensación de hambre, temblor y cambios de personalidad, si no recibe tratamiento adecuado puede caer en coma.

Hiperoglucemia: es el aumento brusco de la glucosa en sangre y se manifiesta con dolor abdominal y vomito. Puede ser ocasionado por una insuficiente cantidad de insulina administrada, mala alimentación, infecciones, fiebre y tensión emocional. Si se presentan estos síntomas debe evitar el consumo de alimentos que contengan hidratos de carbono (azúcares) y que asista a consulta lo más pronto posible.

DIETA:

La paciente la adecuara al tipo de diabetes que tiene y a las complicaciones que padezca (hipertensión, hipercolesterinemia, retinopatía diabética entre otras), además debe tomarse en cuenta el tipo y cantidad de insulina que se está administrando:

La alimentación de la paciente será sana es decir, que no le cause daño y que incluya los diferentes grupos de alimentos (hidratos de carbono, lípidos, proteínas,

⁹Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes.

vitaminas y nutrimentos inorgánicos) que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente, además que la cantidad sea proporcional a las necesidades específicas de la paciente.

Distribución de los alimentos: 50 a 70% de hidratos de carbono, 20 a 30% de lípidos y entre 10 y 20% de proteínas; solo el 10% de la energía total será en forma de azúcares simples, las grasas saturadas o poli insaturadas representan el 10% o menos del total de energía, esta distribución es modificable de acuerdo a las preferencias de la paciente y de la presencia de problemas de hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia y si es necesario restringir las proteínas.

Las recomendaciones generales son:

- La cantidad de comida que conviene es aquella que mantiene buenos niveles de glucosa.
- Evitar hacer comidas muy abundantes, para que no se presenten aumentos elevados de glucosa; mejor fraccionar en quintos o sextos los alimentos a lo largo del día (hacer varias comidas ligeras).
- Los periodos de ayuno no deben ser mayores a doce horas.
- Incluir una gran variedad de alimentos en la alimentación diaria.
- Incluir alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales como frutas, verduras, cereales integrales y leguminosas.
- Preferir el consumo de alimentos como pescado, pollo, pavo sin pellejo.
- Disminuir el consumo de carne roja y yema de huevo.
- Para cocinar preferir aceites vegetales como el de cártamo, maíz, girasol o de canola.
- Limitar el consumo de alimentos como la mantequilla, crema y tocino.
- Elegir los métodos de cocción como el horneado, a la parrilla, a la plancha, al vapor, hervido en lugar de frito.

- Usar poca sal en la preparación de los alimentos, sazonarlos con yerbas de olor, especias.
- Beber por lo menos dos litros de líquidos al día (no refrescos).
- Modificación del plan de acuerdo al tratamiento y estilo de vida.

La paciente como es tratada con dos dosis de insulina deberá consumir de una a tres colaciones, que estén constituidas principalmente por una ración de cereal o fruta acompañada por una verdura.

La paciente será instruida de cómo adaptar su dieta cuando coma fuera de su domicilio o cuando se encuentre de viaje.¹⁰

EJERCICIO:

La actividad física debe formar parte de la vida de las personas de acuerdo a sus propias circunstancias, cada persona debe descubrir cómo realizar actividad física en su vida diaria y el tiempo adecuado; además de aprender a disfrutarla (unos ejemplos de hacer actividad en la vida diaria son: realizar el quehacer doméstico, cultivar un pequeño huerto familiar, cuando se ve la televisión realizar una pequeña rutina de ejercicios, siempre buscar la ocasión para caminar, jugar, aprender a descansar haciendo cosas). Es necesario llevar una vida activa porque favorece el control de la diabetes. La actividad física y el ejercicio mejoran los niveles de glucosa en sangre, por que requieren de gasto de energía.

Los ejercicios recomendables son los que representan un esfuerzo de poca o moderada intensidad de varios minutos de duración. El caminar, correr, la natación y el andar en bicicleta son ejemplos de ellos, la ventaja es que no se requiere de equipo especial para practicarlos, el inicio debe ser lento y gradual, diez minutos diarios de caminata se debe aumentar cinco minutos por semana hasta llegar a media hora, al alcanzar este objetivo puede cambiar a otro tipo de ejercicio o dividir la caminata en dos de quince minutos, es recomendable iniciar la sesión

¹⁰Ibidem

con un calentamiento de tres a cinco minutos y terminarla con otro de relajación de la misma duración. La cantidad mínima de ejercicio para alcanzar beneficios como la pérdida de peso y corregir todos los factores que aumentan el riesgo cardiovascular de las personas con diabetes.¹¹

¹¹Ibidem

VII. CONCLUSIONES

La experiencia personal y laboral al trabajar en la comunidad como enfermera de campo y en la actualidad como auxiliar de enfermera en clínica, me ha permitido observar en diferentes situaciones las necesidades de las personas que acuden a solicitar los servicios de salud, y su reacción al recibir un trato frío e impersonal de parte de la enfermera, también hay que decirlo cuando la enfermera realmente aplica los cuidados enfermeros con profesionalismo el contraste de la respuesta de las personas que reciben el servicio era muy notorio; que las personas cuando tienen problemas de salud requieren una atención muy variada además del tratamiento médico, este pensamiento realmente era intuitivo ya que carecía de fundamento científico. Al retomar la escuela y conocer a las enfermeras pioneras y su filosofía entre ellas Virginia Henderson es cuando comienzo a conocer la verdadera función de la enfermera, anteriormente creía que la enfermera solo era asistente del médico y no prestaba mucha atención al bienestar psicológico de la persona, en este momento reflexiono que una enfermera no importando su rango ante todo debe tener ética calidad humana darle a las personas un trato digno y respetuoso este pensamiento me surge desde que leo la teoría de Virginia Henderson que a mi parecer era una persona centrada y preocupada por sus congéneres, que lo que a ella le interesaba realmente era que las personas tuvieran dentro de su entorno cualquiera que fuera un desarrollo lo mas optimo posible abarcando todas las esferas del ser humano físico, psicológico, social y espiritual de ahí salen las catorce necesidades básicas de la persona, sin duda el saber de su trabajo me ayudara a mejorar mi práctica enfermera.

VIII. SUGERENCIAS

En lo personal aprendí que el proceso de atención de enfermería es una herramienta muy importante para la enfermera y que todos los tabús que se han formado respecto a su aplicación son solo barreras mentales, que todos los profesionales de enfermería lo debemos de aplicar en el área laboral, lo que nos servirá para ir mejorando la atención que se proporciona a las personas, que es muy cierto lo que decía Virginia Henderson que si el profesional de enfermería trata de hacer funciones del médico a la vez el deja sus funciones en otros que estén menos preparados, por lo tanto la atención que recibirá el paciente no será de calidad.

Estoy clara que la práctica hace al maestro entre más aplique el proceso enfermero con un método, poco a poco los errores se irán corrigiendo y a la vez eso me llevara a la búsqueda de la actualización continua en mi área, esta sugerencia es para quien cree que no hay que empezar por cambiar a los demás que se debe comenzar por cambiar la actitud propia.

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Albuminuria. Excreción de albumina (proteínas) en la orina.

Amputación. Pérdida quirúrgica de un miembro, generalmente inferior.

Angioplastia. Enfermedad de vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares) cuando se presenta diabetes por largo tiempo. Existen dos clases de Angiopatía: macroangiopatía y microangiopatía. En la macroangiopatía se acumulan grasas y coágulos de sangre en los grandes vasos sanguíneos, se adhieren a las paredes de estos e impiden el flujo sanguíneo. En la microangiopatía, las paredes de los pequeños vasos se rompen y sangran, permiten el paso de proteína y lentifican el flujo sanguíneo por todo el cuerpo.

Arteriosclerosis. Grupo de enfermedades en las que se engruesan y endurecen las paredes arteriales. En un tipo de arteriosclerosis, se acumula grasa dentro de las paredes, lo cual lentifica el flujo sanguíneo. Estas enfermedades atacan a los que sufren de diabetes por largo tiempo.

Aterosclerosis. En esta variedad de aterosclerosis hay acumulación de grasa en la pared de las arterias medianas y grandes. Esta acumulación de grasa reduce el calibre de los vasos con la consecuente disminución o suspensión del flujo sanguíneo. Esta alteración puede presentarse con el envejecimiento y puede ocurrir prematuramente en los que sufren de diabetes.

Ayuno. Abstinencia de ingesta calórica, durante un lapso de 8 a 12 horas.

Azúcar. Una clase de carbohidratos de sabor dulce. El azúcar es un combustible de rápida y fácil utilización por el organismo. La lactosa, la glucosa, la fructosa y la sucrosa son todas azúcares.

Cetoacidosis diabética. Es la diabetes grave incontrolable. (Nivel elevado de azúcar en sangre) que requiere tratamiento de urgencia. Se observa cuando la sangre carece de la insulina necesaria o bien por la persona enferma, que no aplica una dosis suficiente de insulina. El organismo utiliza como energía la grasa

de reserva y se forman en la sangre cuerpos cetónicos que al acumularse conducen a acidosis.

Colesterol. Sustancia grasa presente en la sangre, células y tejidos con capacidad de causar lesión a nivel de los vasos sanguíneos.

Cuerpos cetónicos. Son productos intermedios del metabolismo oxidativo de los ácidos grasos libres, que se forman en el organismo cuando se desencadenan una serie de procesos, como la movilización de ácidos grasos desde el tejido adiposo o la proteólisis en el tejido muscular.

Dieta. Conjunto de alimentos naturales o preparados, que se consumen cada día.

Enfermedad crónica. Enfermedad de larga duración con remisiones y recaídas que se presenta por la exposición a factores de riesgo y estilos de vida no saludables, más frecuentes conforme la edad avanza. Ejemplo: diabetes, hipertensión.

Exocrino. Proceso de secretar a través de un conducto hacia la superficie de un órgano o tejido.

Factor de riesgo. Todo lo que aumenta la posibilidad de que se padezca una enfermedad.

Glándula. Órgano del cuerpo compuesto de células especializadas que secretan o excretan sustancias no relacionadas con su metabolismo ordinario, algunas son lubricantes y otras producen hormonas.

Glucagon. Es un poli péptido secretado por las células alfa del páncreas, que estimula la glucogénesis y la gluconeogénesis.

Glucemia. Cantidad de glucosa en sangre.

Glucosa. Un azúcar simple presente en la sangre.

Glucosuria. Presencia de azúcar en la orina.

Herencia. Rasgos o características que se transmiten de una generación a otra.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c, < 6.5% mg/dl bueno; 6.8% mg/dl regular; >8% mg/dl malo). Es la prueba que utiliza la fracción de hemoglobina total, para determinar el valor promedio de la glucemia en las cuatro a ocho semanas previas.

Hiperglucemia en ayuno. Elevación de la glucosa por arriba de lo normal (>110 mg/dl), durante el periodo de ayuno. Puede o no manifestar sintomatología.

Hiperglucemia postprandial. A la glucemia >140 mg / dl y < 200 mg / dl, dos horas después de la comida.

Hipoglucémico. Persona que presenta valores subnormales de glucosa en sangre, generalmente < de 60-50 mg/dl y que se manifiesta por sudoración fría, temblor, hambre, palpitaciones, ansiedad, visión borrosa, debilidad y mareos.

Metabolismo de los carbohidratos. Conjunto de procesos anabólicos y catabólicos del organismo que intervienen en la síntesis y degradación de los carbohidratos, sobre todo de la galactosa, fructuosa y glucosa, estos procesos son, la glucogénesis, la gluconeogénesis y la glucólisis

Metabolismo basal. Cantidad de energía necesaria para mantener las funciones esenciales, como la respiración, circulación, temperatura, peristalsis, y tono muscular, determinado cuando el sujeto está despierto y en reposo total, no ha comido en 14 o 18 horas y el medio es cómodo y cálido. Se expresa como índice metabólico basal, en función de las calorías consumidas por hora, metro cuadrado de superficie corporal.

Micro albuminuria. Pérdida incipiente de proteínas por excreción urinaria de albumina, de 30 a 300 mg durante 24 horas; indica daño renal.

Morbilidad. Proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular.

Mortalidad. Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Nefropatía precoz. Daño temprano de la función renal como consecuencia de enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes e Hipertensión Arterial).

Neuropatía. Enfermedad del sistema nervioso periférico. Que afecta diferentes partes del cuerpo principalmente en pies y / o piernas (con hormigueo y / o entumecimiento, neuropatía periférica), visión doble, diarrea, parálisis de la vejiga, impotencia sexual (neuropatía autonómica).

Obesidad. Se dice que hay obesidad cuando un individuo tiene 20% (o más) de grasa corporal adicional que la que le corresponde según edad, estatura, sexo y estructura ósea.

Páncreas. Glándula de secreción mixta, porque cumple funciones exocrinas y endocrinas.

Polidipsia. Aumento en la sensación de sed.

Poliuria. Orina con frecuencia.

Polifagia. Mucha hambre.

Resistencia a la insulina. Es la disminución de la acción de esta hormona en los tejidos muscular, hepático y adiposo.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Almansa Martínez Pilar (1999), Metodología de los cuidados de enfermería, Ed. Diego Marín, México pp. 240
- Beare. Myers. () Enfermería Medico Quirúrgica 3ª ed. España: Elsevier Science, p.p.1895
- C. Guyton Arthur, M. D. E. Hall John, Ph. D. (2001) Tratado de Fisiología Médica 10ª edición México: McGraw-Hill Interamericana, p.p.1200
- CNA Connection (1984) Asociación de Enfermería del Canadá p. 8
- Consenso para la prevención de las complicaciones de la Diabetes tipo 2. Rev. Invest Clin 2000 p. 325-363
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, (2 000). 48 edición. Ediciones PLM Editorial Thompson. México. pp. 2 644
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. (1994) España: Grupo Océano, p.p.1568
- Escobedo de la Peña, Santos C. (1995) La Diabetes Mellitus y la transición de la atención a la Salud Publica México. 37:37-46.
- Fernández, Ferrín, Carmen; Novel Martí, Gloria. (1993) El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona (España): Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. pp.
- Hernández Ramírez Luz María, Rodríguez Jiménez Sofía, Sandoval Alonso Leticia. (2004) Fundamentos de Enfermería Antología. Sistema de Universidad Abierta. Tomo I. Reimpresión, p.p.354.
- Kozier Barbará, Erb Glenora, Berman Audrey, J. Snyder Shirlee. (2005) Fundamentos de Enfermería 7ª ed. México: McGraw-Hill. Interamericana, p.p.1667
- Linda Juall Cardenito. (2003) Diagnosticos de Enfermería. 9º ed. Madrid (España) Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana, p.p. 929
- Manual de la Enfermería. (1987) España: Grupo Océano, p.p.1168

- Medellín C, Gladys, Muñoz M. Teodora. Crecimiento y Desarrollo 2 Antología Sistema Universidad Abierta – UNAM p. 638
- Nordmark, Madelyn T. Rohweder, Anne W. (1996). Bases científicas de la enfermería. 2ª edición. Editorial Manual Moderno. México. pp.712
- Riopelle, Lise Grondin, Louis et. al (1997) Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. España: McGraw – Hill Interamericana. pp.

XI. ANEXOS

VALORACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DE ACUERDO CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Necesidad de Oxigenación.

Datos de Independencia

Cuello músculos simétricos se palpa pulso carotideo, tórax simétrico campos pulmonares con buena ventilación sin presencia de estertores

¿Refiere dificultad para respirar? **No**

¿Ha presentado sensación de ahogo? **No**

¿Como es su respiración? **Normal**

¿Tiene dolor al respirar? **No**

¿Actualmente presenta "Tos"? **No**

¿Acostumbra fumar? **No**

Toma de Signos Vitales:

T/A: 130/70 mmHg

FR: 20 x'

FC: 76 x'

Respiración espontánea: **Si**

Estado de conciencia: **consciente orientada**

Coloración de los labios: **rosados**

Coloración de la zona peri bucal: **normal**

Coloración de las uñas de las manos: **rosadas**

Morfología de las manos: **grandes y gruesas**

Patrón respiratorio: **uniforme**

Presenta aleteo nasal: **No**

Tiros intercostales: **No**

Depresión apéndices xifoides: **No**

Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares: **Si**

Sibilancias (ruido continuo agudo): **No**

Creptaciones (estertores) durante la respiración: **No**

Roces (secos y ásperos): **No**

Palpación de pulsos periféricos:

Carótida () Braquial () Radial () Femoral () Poplíteo () Dorso/ pie ()

Tibia posterior ()

Latido cardiaco apical visible y palpable: Si () No ()

Datos de Dependencia

Extremidades inferiores con edema de 3", pulso pedio casi imperceptible, varices en pierna derecha, onicomiosis en uñas del dedo gordo de ambos pies.

¿Ha presentado sensación de falta de aire? **Si (en ocasiones)**

¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar? **A veces**

¿Presencia de varices en miembros inferiores? **Si** Características: **Externas en pierna derecha**

Coloración de la piel: **Leve palidez**

Dificultad al respirar: **al esfuerzo físico intenso**

Roncas (Sibilancias sonoras prolongadas): **si**

Presencia de edema en miembros inferiores: **si por las tardes grado I**

Datos de interdependencia: no hay

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Datos de Independencia

¿En un ambiente agradable? Si () NO ()

¿Tiene dificultad para deglutir? Si () No ()

¿Le lastima la dentadura al consumir sus alimentos? Si () No ()

¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? Si () No ()

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si () No () ¿Con que frecuencia?

¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos los últimos tres meses? Si () No (x)

Datos de dependencia

¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	DÍAS 1-3	DÍAS 3-5	DÍAS 5-7
CARNES	X		
LÁCTEOS	X		
FRUTAS	X		
VERDURAS	X		
LEGUMINOSAS	X		
CEREALES			X
GRASAS			X
AZUCARES			x

¿Cuántas veces al día?

Una () Dos (x) Tres ()

¿Su horario de alimentos es?

Fijo () Irregular (x)

¿Come acompañado? Si () No () **A veces**

¿Ha presentado falta de apetito últimamente? Si () No (x)

¿A que lo atribuye? _____

¿Consumo en su dieta diaria algún alimento irritante? Grasas, condimentos, café, té, picante, refresco. Si (x) No ()

Especifique **_Grasas, condimentos, café, refresco.**

¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?

Si (x) No ()

Cuál. **Pan, galletas, que sea dulce.**

¿Cuando se encuentra triste qué tipo de alimento consume?

Alimentos dulces y pan.

¿Sigue alguna dieta especial? Si () No (x) Tipo de dieta

¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre? Si (x) No ()

¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre?

Lo primero que encuentra pero de preferencia pan, galletas, refresco (coca), tortillas.

¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vomito Si () No (x) Náuseas Si () No (x)

Distención abdominal Si (x) No () Diarrea Si () No (x)

Estreñimiento Si (x) No () Ardor Si () No () Agruras Si () No ()

¿Tiene dificultad para masticar? Si (x) No ()

A que lo atribuye: **A la falta de dos incisivos centrales superiores y la de dos molares inferiores y superiores de ambos lados (izquierdo y derecho).**

¿Utiliza dentadura postiza para comer? Si (x) No () **Es un puente**

¿Asea su dentadura? Si (x) No ()

Cuantas veces al día: **una vez al día.**

¿Es alérgico a algún alimento? Si (x) No ()

Especifique: **Al pescado**

¿Intolerancia alimentaria? Si (x) No ()

Especifique: **a las grasas**

¿Come fuera de casa? Si (x) No ()

¿Cuánta agua consume al día?

0-1 Vaso () 2-3 Vasos (x) 3-4 Vasos () 4-6 Vasos () 6-8 Vasos () +8 Vasos ()

2.27 ¿Padece alguna enfermedad? Si (x) No ()

¿Cuál? **Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Colesterol, Triglicéridos y Acido Úrico, Glaucoma ojo izquierdo (sin visión) en ojo derecho catarata.**

2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento? Si (x) No ()

¿Cuál? **Enalapril, Pravastatina, Bezafibrato, Gabapentina, Furosemida, Insulina NPH (intermedia), medicina alternativa una capsula de wereke antes de cada comida y chochitos para la presión (diez).**

Recetado Auto medicado

2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si No ¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0-1 vez 2-3 veces 3-4 veces 4-5 veces 5-7 veces

ASPECTO GENERAL

CABELLO

Abundante Con brillo Sedoso Grueso Delgado Opaco
Escaso Quebradizo Caída de cabello Signo de bandera

OJOS

Conjuntivas

Rosadas Hidratadas Pálidas Deshidratadas

PIEL

Rosada Hidratada Pálida Seca

Otros _____

MUCOSA ORAL

Coloración Rojo Rosado Pálida Húmeda

Otras _____

DIENTES

Caries Si No Cuantas piezas: **2**

¿Cuáles? **Un molar lado derecho inferior y un molar lado izquierdo superior.**

Doncía Si No ¿Cuántas `piezas? **Diez**

¿Cuáles? **dos incisivos centrales superiores y la de dos molares inferiores y superiores de ambos lados (izquierdo y derecho).**

UÑAS

Duras Gruesas Débiles Delgadas Quebradizas Descamadas
) Rosadas Pálidas

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: Peso Kg. / (Talla m)²: **IMC-33.7**

Peso Ideal: 62.16 kg. **Peso Real:** 81. 000 kg. **Talla:** 1.58 mts.

-18 () 22.24.9 () 25_27 () +30 (x) +40 ()

Bajo Peso () Normal () Sobre Peso () Obesidad (x) Obesidad Mórbida ()

Datos de interdependencia: no hay

3.- Necesidad de eliminación

Datos de independencia

Genitales de acuerdo a la edad con ausencia de menstruación se realiza detección anual de CACU,

Datos De dependencia

Abdomen globoso por obesidad con estrías distendido con ruidos peristálticos presentes e hipoactivos,

¿Frecuencia de la evacuación?

Diario () 2 o 3 veces por semana () Otros ()

Especifique: **3 o 4 días sin obrar.**

¿Cantidad aproximada?

Escaso (x) Abundante ()

¿Consistencia de las heces?

Blandas Formadas () Duras (x) Líquidas ()

¿Color?

Marrón () Amarillas () Otros ()

Especifique: **no lo ve por su baja visión**

¿Olor?

Acre (*varia según alimento*) () Desagradable (x), a veces fétido

¿Identifica elementos extraños en su defecación? Si () No (x)

Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos () Otros ()

Especifique: **La paciente no los ve por que es de baja visión.**

¿Requiere laxantes para evacuar? Si (x) No ()

Natural (x) Medicamento (x)

Especifique: **Natural como frutas, té de hoja Zen, ajiolax.**

¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación? Si () No (x)

Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

Especifique: _____

¿Consume medicamentos actualmente? Si (x) No ()

Cuales: **Los ya antes mencionados.**

Explore

A Abdomen

Peristaltismo aumentado ()

Peristaltismo disminuido (x) Blando depresible ()

Distendido duro (x) Otros ()

Especifique: _____

¿Presenta flatulencias? Si (x) No ()

¿Frecuencia de la micción?

2 ó 3 Veces al día (x) 4 a 6 Veces al día ()

Otros ()

Especifique: por la noche dos veces.

¿Color?

Transparente Ámbar () Otros ()

Especifique: **no ve**

¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

Si (x) No ()

Aumenta el deseo de orinar () Otros ()

Especifique: _____

¿Presenta alguna alteración urinaria? Si () No (x)

Ardor () Disuria () Incontinencia () Otros ()

Especifique: _____

Explore

Presencia de globo vesical: Si (x) No ()

Dolor en el bajo vientre ()

Dolor en el ángulo costo vertebral ()

Si () No (x)

Especifique características: _____

Identifique elementos extraños en la orina.

Sangre () Sedimentos () Otros ()

Especifique: **no las ves**

¿Presenta diaforesis?

Si (x) No ()

Solo cuando no tomo los alimentos a la hora

¿Ritmo de la menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()

Especifique: menopausia

¿Cuántas toallas sanitarias utiliza durante el día?

Menos de 3 () De 3 a 4 () Otros ()

Especifique: _____

¿Duración?

3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()

Especifique: _____

¿Color?

Rojo brillante () Rojo oscuro () Otros ()

Especifique: _____

¿Presenta alguna alteración?

Si () No ()

Dolor () Sangrado Inter-menstrual () Otros ()

¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

Si () No ()

Como: _____

Explore

Abdomen

Especifique características: depresible

Datos de interdependencia: no hay

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Datos de independencia

Femenino de 56 años de edad, de estructura corporal gruesa con postura levemente encorvada hacia delante, con movimientos del cuerpo libres y marcha coordinada pero lenta

¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

Si (x) No ()

Rol social ¿Pertenece a algún grupo?

Si (x) No ()

¿Cuál?: **Escuela comité invidentes y grupo religioso (cristiano).**

Datos de dependencia

Antecedentes de dolor:

Cervical () Lumbar () Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores (x) **mas el dolor de el sitio de la inyección de insulina.**

De articulaciones de miembros inferiores ()

Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico (): **Regular**

Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2-3 hrs. () De 4-6 hrs. () De 7-8 hrs. ()

De pie de 2-3 hrs. () De 4-6 hrs. (x) De 7-8 hrs. ()

De movimiento continuo

¿De cuánto tiempo? **Una hora**

¿En qué postura?

Sentado (x) Recostado (x)

¿Se considera una persona?

Activa () Sedentaria (). **Regular**

¿Por qué?: **Por la pérdida de la visión**

¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común (x) De algún arreglo ortopédico () Otros ()

De acuerdo a la observación, ¿La alineación Ósea es la adecuada?

Si () No (x)

Describa: Se **encorva al caminar**

De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad ¿Son las que corresponden a la edad del paciente?

Si () No (x)

¿Por qué?: **por la falta de ejercicio**

¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?

Si (x) No ()

¿Por qué? _____

¿La complexión física del paciente es?

Delgado () Robusto (x) Atlético ()

De acuerdo a la exploración física, ¿Consideras que el estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

Si (x) No ()

¿Por qué?: se decae

Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?

Si (x) No ()

¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con ayuda normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda (x)

Con ayuda de otra persona ()

¿Para la de ambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?

Si (x) No ()

¿Cuál?

Bastón (x) Andadera () Muletas () de otra persona ()

¿Presenta alguna facies de dolor?

Si () No (x)

En cuanto a la marcha, ¿ésta es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos (x)

La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?

Si (x) No ()

¿Por qué?:

Datos de interdependencia: no hay.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Datos de independencia:

¿Padece dolor de cabeza tras despertarse? Si () No (x)

¿Tiene dificultad para mantenerse despierto durante el día? Si () No (x)

¿Acostumbra a tomar una siesta? Si (x) No ()

Datos de dependencia:

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si (x) No ()

¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 4 hrs. () De 4 a 6 hrs. (x)

De 7 a 9 hrs. () Mas de 9 hrs. ()

¿Tiene dificultad para mantenerse dormido? Si (x) No ()

¿Por qué? **Por insomnio**

¿Cómo es su patrón de sueño?

Continuo () Discontinuo (x) Insomnio ()

¿Por qué? **Con cualquier ruido se despierta**

¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño? Si () No (x)

¿Toma algo para inducir el sueño? Si (x) No ()

¿Qué? **Capsulas NYEPSIL (Gabapentina)**

¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto? Si () No ()

¿Cuál? **No sabe**

¿Su estado de ánimo le impide dormir? Si (x) No ()

¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme? Si (x) No ()

¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos? Si ()
No (x)

¿Se queda dormido en momentos inapropiados? Si (x) No ()

¿Durante el día se siente cansado? Si (x) No ()

- | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|
| 1. ¿Presenta ojeras? | Si () | No (x) |
| 2. ¿Cambia de posición varias veces? | Si (x) | No () |
| 3. ¿Bosteza frecuentemente? | Si (x) | No () |
| 4. ¿Presenta visión borrosa? | Si (x) | No () |
| 5. ¿Su tipo de respuesta es lenta? | Si () | No (x) |
| 6. ¿Se observa fatigado? | Si (x) | No () |
| 7. ¿Se encuentra irritable? | Si () | No (x) |
| 8. ¿Se encuentra apático? | Si () | No (x) |
| 9. ¿Presenta somnolencia excesiva? | Si () | No (x) |

Datos de interdependencia: no hay

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos de independencia:

¿Su estado de ánimo es determinante para elegir las prendas de vestir que usara?
Si () No (x)

Cómo: **pero procura que su ropa combine cuando sale a la calle**

¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.? Si(x) No ()

Cómo: **De acuerdo como vistes te tratan**

¿Puedes decidir por sí solo (a) la ropa que se pone habitualmente?

Si (x) No ()

¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

Si () No (x)

¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted? Si (x) No ()

Cual: **Una pulsera**

¿Su modo de vestir está relacionado con sus valores y creencias?

Si (x) No ()

¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?

Si () No (x)

Datos de dependencia: no hay

Datos de interdependencia: no hay

7. Necesidad de termorregulación

Datos de independencia:

¿Experimenta frio frecuentemente?

Si () No (x)

¿Experimenta mucho calor? Si () No (x)

¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado (x) Caluroso () Frio ()

¿Vestido adecuado a la estación?

Si (x) No ()

¿Habitación y vivienda adecuada?

Si (x) No ()

Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis () Frialdad de la piel () Transpiración normal (x)

Escalofríos () palidez (x) Pilo erección () Enlentecimiento del llenado capilar (x) Palidez de los lechos ungulares () Piel caliente al tacto ()

Temperatura

Hipotermia () Febrícula () Hipertermia () Normo termia (x)

Datos de dependencia: no hay

Datos de interdependencia: no hay

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos de independencia

¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

Si (x) No ()

¿Baño?

Diario () Cada tercer día (x) Una vez por semana ()

Olor corporal de la paciente limpio

¿Lavado de manos?

Antes de comer (x) Antes de ir al baño () Después de ir al baño (x)

¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

Después de cada alimento () 2 veces al día () una vez al día (x) No lo practica ()

¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

Si () No (x) Parcial () Total ()

¿Aspecto general?

Correcto (x) Incorrecto ()

PIEL

(x) Integra/hidratada () Heridas Localización _____

() Deshidratada () Ulceras Localización _____

() Palidez () Edema Localización _____

() Ictericia () Verrugas Localización _____

() Cianosis (x) Lunares Localización: Cuello lado izquierdo

() Otros (x) Manchas Localización: Cuello al frente

() Decoloración Localización _____

Exudados Localización _____

CABEZA: cráneo redondo con prominencias en la región frontal y occipital , orejas simétricas firmes y suaves sin nódulos y secreciones, agudeza auditiva normal,

CABELLO

Fino Grueso Brillante Seco

¿Presencia de parásitos?

Si No

Datos de dependencia:

UÑAS

Aspecto

Cuidadas Descuidadas Mordidas Lisas

Limpias duras Delgadas Micosis

Uñas del dedo gordo de ambos pies

Color:

Rosa Amarillas Verdoso-negruzco

NARIZ

Nariz simétrica respecto a la cara con estructura firme y estable fosas nasales permeables

Mucosa Nasal

Coloración:

Rosa pálido Otro:

Secreción:

Transparente Amarilla Verdosa

Presencia de:

Sangre Costras Perforaciones

BOCA Y ORO FARINGE

LABIOS

Aspecto: labios y mucosa oral hidratados sin lesiones, falta de piezas dentales,

Secos () Grietas () Edema () Otro: Hidratados

Coloración:

Rosados (x) Palidez () Cianosis () Otro _____

Mucosa Bucal

Color:

Rojo Rosado () Otro: **Rosado**

Húmeda (x) Otro: _____

Presencia de:

Manchas () Lesiones () Ulceras () Otras _____

DIENTES

Completos () Incompletos (x)

Prótesis: Si (x) No ()

Presencia de:

Caries dentobacteriana (x) Sarro (x)

Localización: **en la raíz**

CAVIDAD ORAL

(x) Leve Halitosis () Lesiones Localización _____

() Ulceras Localización _____

() Manchas Localización _____

() Sangrado Localización _____

() Dolor Localización _____

() Criptas Localización _____

() Inflamación Localización _____

() Induraciones Localización _____

OÍDOS

Dolor Si () No (x)

Inflamación Si () No (x)

Cerumen Si () No (x)

Derrames Si () No (x)

Cuerpos extraños Si () No (x)

Presencia de:

() Nódulos Localización_____

() Lesiones Localización_____

Datos de interdependencia: no hay

9. Necesidad de evitar peligros

Datos de independencia:

¿Se enferma frecuentemente? Si () No (x)

¿Cuenta con cartilla de vacunación? Si (x) No ()

¿Se ha aplicado otras vacunas? Si (x) No () ¿Cuáles? **Sarampión, tétanos, influenza.**

¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades? Si (x) No ()

¿Cuáles? **Vacunarse, dieta, ejercicio, cubrirse según el clima, no mojarse**

¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

Se estresa: Si (x) No ()

Pierde el control: Si () No (x)

¿Por qué?_____

¿Cómo lo manifiesta? **Actuando con tranquilidad**

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

Si (x) No ()

¿Cuáles? **Cerrar la llave del gas cuando no estoy en casa, que el piso de la casa este seco, para tomar un baño usar chanclas, que la cisterna este tapada.**

¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

Si (x) No ()

¿Cuáles? **Las escaleras pero no las uso.**

¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

Si (x) No ()

¿Cuáles?

¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidentes?

Si (x) No ()

¿Cuáles? **Soy comerciante y tengo que salir a la calle**

Suele consumir Alcohol () Tabaco ()

Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique: **Medicamentos de medicina alternativa y yerbas**

¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

Si (x) No () **por que mi mama se dedicaba vender yerbas medicinales**

¿Cuáles? **Wereke (disminuye la azúcar en la sangre), hoja Sen (actúa como laxante).**

Escucha bien Si (x) No ()

Porqué: _____

Tipo de apoyo que utiliza. _____

Lenguaje claro: Si (x) No ()

¿Porqué? _____

Presenta sensibilidad en su cuerpo.

Si (x) No ()

¿Se fija metas en el futuro?

Si (x) No ()

En cuanto tiempo: **a corto plazo**

¿Toma previsiones económicas?

Si (x) No () **Lo que permite la situación económica.**

Le apoya algún familiar:

Si (x) No ()

¿Quién? **Mis hijos y de acuerdo a sus posibilidades esporádicamente**

Datos de dependencia:

¿Con que periodicidad lleva su control médico?
Cada año () Solo cuando se enfermo (x) otros _____

¿Ha padecido alguna alteración?

Física, (x) Psicológica () Social ()

¿Cuál? Este padecimiento altera su autoconocimiento o su imagen: **si**

¿Por qué? Mi imagen por que al caminar lo hago con lentitud y mas cuidado

¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda? Si (x) No ()

¿Cuál? **Cuando me traslado pido a las personas que me apoyen diciéndome si no hay tráfico etc.**

La utiliza: Si (x) No ()

¿Por qué? **Por que es necesario**

La familia le apoya: Si (x) **a sus posibilidades** No ()

Porque: **Por que soy parte de su núcleo familiar**

¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?

Si (x) No ()

¿Quién? **Con la psicóloga de la asociación para ciegos cada semana.**

Ve bien Si () No (x)

¿Por qué? Por que en el ojo izquierdo tengo glaucoma y en el derecho catarata

¿Qué apoyo utiliza? **Lentes.**

Se le dificulta caminar:

Si (x) No ()

¿Por qué? **Por la baja visión**

Datos de interdependencia: no hay

10. Necesidades de comunicación

Datos de independencia:

¿Tiene relaciones armónicas con su familia?
Si (x) No ()

- ¿Por qué? **Tengo trato normal con todos**
- ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?
Si (x) No ()
- ¿Cuál? **Comité Pro-ciegos**
- ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como?
Sentimientos de negación () Inhibiciones () Desplazamiento ()
- ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?
Si () No (x)
- ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?
Si (x) No ()
- ¿Con quien? **Con hermanos e hijos**
- ¿Cuánto tiempo pasa solo?
La mayor parte del día
- ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?
Si (x) No ()
- ¿Por qué? **Tengo amigas y vecinos y clientes además me siento respetada**
- ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?
Si (x) No ()
- ¿Por qué? **Porque me toman en cuenta**
- ¿Se considera de buen humor? Si (x) No ()
- ¿Por qué? **Por que no estoy enojada con la vida y así es mi carácter.**
- ¿Cuándo esta estresado se le dificulta comunicarse con los demás? Si () No (x)
- ¿Por qué?
En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona? Si () No (x)
- ¿Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma Satisfactoria? Si (x) No ()
- Estado de conciencia
Consiente (x) Inconsciente () Estuporoso () Soporoso () Somnoliento ()
- Según edad esta orientado
Persona (x) Espacio (x) Lugar (x) Tiempo (x)
- ¿Tiene dificultad para hablar? Si () No (x)
- ¿Al hablar establece contacto visual? Si (x) No ()
- ¿Se relaciona con su familia? Si (x) No ()
- Especificar: En reuniones familiares_
- ¿Qué persona de su familia es más importante para usted? **Hijo Ángel**
- ¿Cómo la consideran a usted dentro del núcleo familiar? **Como la hermana mayor**
- ¿Recibe visitas de su familia? Si (x) No ()
- De hijos, hermanos y primos sobrinos.**
- ¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?
Si (x) No ()
- Especificar: **en la sala comedor**
- ¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

Si () No (x)

Datos de dependencia: no hay

Datos de interdependencia: no hay

11. Necesidad de practicar su religión. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores

Datos de independencia:

¿Religión? **Católica**

¿Practica su religión? Si (x) No ()

¿Su religión le prohíbe? Alimentos () Practicas higiénicas ()

Tratamientos Médicos ()

¿Cuáles? **Ninguno**

¿Necesita de algún objeto, imagen religiosa que ayuda en su tratamiento medico?
Si () No (x)

¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde ante la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad () Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación(x)

¿Requiere de servicios religiosos?

Si (x) No ()

Datos de dependencia: no hay
Datos de interdependencia: no hay

12. Necesidad de trabajo y realización

Datos de independencia:

¿Tiene actividad remunerada? Si(x) No ()

¿Esta usted satisfecho con su trabajo? Si(x) No ()

¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

Si () No(x)

¿Su Trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

Si (x) No ()

¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

Si () No (x)

Estado emocional () Inquieto () Tranquilo (x) Eufórico () Ansioso ()

Decepcionado de su trabajo () Irritable () Deprimido ()

¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?

Si () No (x)

¿Por qué? _____

Datos de dependencia:

Tipo de trabajo. Eventual (x) Permanente ()

¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia? Si (x) **para lo básico** No ()

¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos? Si (x) **un poco** No ()

Datos de interdependencia: no hay

13. Necesidad de juego y recreación

Datos de independencia:

¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas u ocio?

Tipo: **Manualidades**

¿Las situaciones de estrés y emociones intensas la impiden realizar actividades recreativas y deportivas? Si () No (x)

¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo? Si (x) No ()

¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad? Si (x) No ()

Datos de dependencia:

¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas? Si (x) No () pero muy medido.

Integridad del sistema neuro muscular

Elasticidad () Flexión () Extensión ()

Las tres disminuidas

Datos de interdependencia: no hay.

14. Necesidad de aprendizaje

Datos de independencia:

¿Sabe escribir? Si (x) No ()

¿Sabe leer? Si (x) No ()

¿Le cuesta trabajo aprender?

Mucho () Poco () No me cuesta trabajo (x)

¿Considera que su memoria es buena? Si(x) No ()

¿Por qué?: **por que si aprendo las cosas**

¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

Si (x) No ()

¿Por qué? **Por la situación que estoy pasando de la perdida de la visión**

Y para poder valerme por mi misma

¿Conoce el motivo de su ingreso?

Si () No ()

¿Le gustaría aumentar sus conocimientos?

Si (x) No ()

¿De que fuente adquiere sus conocimientos?

Lecturas (x) De sus semejantes (x) Televisión(x) Radio (x) Cursos (x) Otros (x)

¿Cuáles? **Cursos en la asociación de ciegos que son: de cocina, escritura Braille, Movilidad, Mecanografía, Dactilografía, Computación, actividades de la vida diaria (como vestirse, como reconocer la ropa, como utilizar la estufa, como planchar.**

Curso: Nutrición (en el hospital general de México), Diabetes, Cuidado del cuerpo pies y manos.

¿Lo que ha aprendido ha modificado se estado de salud?

Si (x) No ()

¿Cómo? La paciente esta en un proceso de cambio paulatino, ha manifestado con acciones su deseo de adaptarse a su nuevo estilo de vida, por que hay que analizar que cuenta con pocos recursos y apoyos familiares lo que hace mas lento el cambio.

Datos de dependencia:

Identifica alguna alteración en:

Vista (x) Si (x) No ()

¿Cuál? **Perdida de la vista**

Oído () Si () No (x)

¿Cuál? **El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior**

Si (x) No ()

Recuerda con facilidad números telefónicos importantes

Si (x) No ()

Recuerda con facilidad hechos de la infancia

S (x) No ()

Manifiesta interés por aprender

Si (x) No ()

Se muestra receptivo

Si (x) No ()

Datos de interdependencia: no hay