



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD  
DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN



PARA OBTENER EL TITULO DE  
L I C E N C I A D A  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:  
GUZMÁN PAVIA MARISOL MARINA

Nº CUENTA 93579269

DIRECTORA  
MCE MA. DEL PILAR SOSA ROSAS

NOVIEMBRE DEL 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÌNDICE.

INTRODUCCIÒN.....	i
OBJETIVOS.....	ii
JUSTIFICACIÒN.....	iii
<u>1. MARCO TEÒRICO</u> .....	1
1.1 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.....	1
1.1.1 TEORÌAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	5
1.2 TEORÌA DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
1.2. 1BIOGRAFÌA DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
1.3. ANTECEDENTES DEL MÈTODO ENFERMERO.....	25
1.3.1 DEFINICIÒN DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÌA.....	26
1.4. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÌA.....	27
1.4.1 VALORACIÒN.....	27
1.4.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÌA.....	31
1.4.3 PLANEACION.....	33
1.4.4 EJECUCION.....	39
1.4.5 EVALUACIÒN.....	41
<u>2. PRESENTACIÒN DEL CASO</u> .....	34
<u>3. JERARQUIZACIÒN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÌA</u> .....	35

<u>4. PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.....</u>	36
<u>5. EVALUACIÓN.....</u>	42
<u>6. CONCLUSIONES.....</u>	55
<u>7. GLOSARIO.....</u>	56
<u>8. BIBLIOGRAFÍA.....</u>	57
<u>ANEXOS.....</u>	59

## 1.- INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es un método que le permite al profesional de enfermería proporcionar cuidado con fundamentación científica, sin dejar de considerar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes, de ahí que sea una herramienta fundamental en la formación del licenciado en enfermería y obstetricia.

El presente Proceso de Atención de Enfermería se enfoca a la alteración de la necesidad de nutrición e hidratación del paciente V.S.C, originaria de Puebla, quien radica en el Distrito Federal, y se encuentra internada en el Centro Nacional Modelo de Atención y Capacitación "Vicente García Torres" DIF.

En el primer capítulo del trabajo se desarrolla el marco conceptual, haciendo referencia al modelo de Virginia Henderson, antecedentes del método enfermero, definición del proceso atención de enfermería, características, ventajas, y etapas, del mismo.

El segundo capítulo se da a conocer la presentación del caso, el análisis de valoración en base a las 14 necesidades de Henderson. En el tercero se incluyen la jerarquización de diagnósticos de enfermería. Capítulo cuarto se desarrolla el plan de cuidados. En el quinto capítulo se describe la evaluación de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo, continuándose en el sexto con las conclusiones, en el séptimo se muestra el glosario de términos, para facilitar la comprensión del trabajo y en el octavo se incluyen las referencias bibliográficas de las obras consultadas, los anexos en el noveno, que tratan de la enfermedad, cuidados de enfermería y el instrumento de valoración en el séptimo.

## 2.- JUSTIFICACIÓN

La profesión de enfermería durante la etapa de formación nos permite tener contacto con seres humanos diversas enfermedades. En mi experiencia tuve la oportunidad de conocer e identificar a pacientes en proceso de envejecimiento. Es una de las patologías en donde el profesional de enfermería tiene mucho que hacer con el paciente, ya que no existe un tratamiento que le pueda curar, pero si existen cuidados que la enfermera puede brindar para una mejor vida del paciente con este padecimiento.

El Proceso Atención de Enfermería es realizado ya que es un instrumento importante para la enfermera con el cual lleva un plan de atención; donde se valoran las necesidades básicas del paciente, que en un momento dado pueden estar alteradas y deben ser motivo de cuidados específicos de enfermería; por lo tanto ese trabajo está enfocado en cubrir las necesidades de alteración de la Nutrición e Hidratación. Habiendo mayor énfasis en obtener una estabilidad emocional en el paciente.

Es de esperarse que al realizar este Proceso Atención de Enfermería se favorezca al paciente. Además de que me permitirá brindar un cuidado integral y organización de los cuidados, para que puedan ser evaluados.

### 3.- OBJETIVOS

#### OBJETIVOS GENERALES

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación principalmente, a través de la aplicación de un instrumento basado en 14 necesidades, para favorecer el proceso-enseñanza aprendizaje y la integración de los conocimientos teóricos-prácticos. Haciendo mayor énfasis en aspectos emocionales y sentimentales.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las etapas del Proceso Atención de Enfermería y desarrollarlas con base a la información obtenida para poder brindar una atención de mayor calidad al paciente.
- Brindar los cuidados al paciente de acuerdo con las necesidades alteradas, y a los diagnósticos elaborados, de tal forma que puedan ser aplicados de manera individual, para manejar su salud a través del cuidado, y si es necesario apoyar en el proceso de muerte.

## 1.- MARCO TEÓRICO

### 1.1.- EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

Envejecer es algo natural como el paso de tiempo la vida humana es un continuo, sin rupturas ni saltos. La vejez no es una enfermedad ni un problema psicológico o social. Se trata sencillamente de una etapa más de la vida de la persona. Cada edad tiene sus particularidades, no existen unas mejores que otras como cualquiera otra etapa, la vejez puede vivirse con interés y entusiasmo.

Llegar ser viejo no es una tragedia ni una desgracia la vejez es una etapa nueva llena de expectativas y posibilidades en cualquier caso, el envejecimiento es un proceso individual cada persona envejece de distinta forma. Todos conocemos personas jóvenes que parecen ancianas y otras muy mayores con espíritu y aspecto joven.

Hay ancianos que se enfrentan a esta etapa como a una época que se quedan sin trabajo, aburridos, aislados, desplazados. Algunos incluso se limitan a esperar a morir.

Hemos de luchar contra la inactividad, la soledad y el aburrimiento, fomentando nuevas aficiones y realizando distintos tipos de actividades.

Vemos por lo tanto que la manera en que llegamos a la vejez no depende solo de la edad, sino también de nuestra actitud y de nuestro esfuerzo.

Hay que aprender a envejecer a medida que nos hacemos mayores.<sup>1</sup>

El "Adulto Mayor" ha permanecido por mucho tiempo en el olvido que se la ha dado por parte de la sociedad, en donde es necesario que se tome de manera seria la realidad de muchísimas personas, en donde el número se hace cada vez mayor. El propósito de este trabajo es aportar de una manera

---

<sup>1</sup> Caballero.F.M; La salud en la tercera edad: ed. Cultural S.A, Madrid España 2006.



escueta pero concreta, cual es la realidad de la vida del adulto mayor, si esta forma parte de manera integral de nuestra cultura y sociedad, o si todavía se ven de reojo por nuestra parte. Además nuestra intención es aportar datos que ayuden a la reflexión sobre algunos aspectos de esta etapa de la vida, la cual a todos nos va llegando poco a poco.

Cuando se habla de adulto mayor nos expresamos de un modo endulzado para referirnos a la vejez, ya que simplemente nadie desea que esta le llegue. Los problemas e inquietudes de las personas siempre se han repetido a lo largo de la historia, y su respuesta ha variado dependiendo de las circunstancias y el contexto socio cultural, lo cierto es que trataremos de estudiar y comprender el modo de vida del adulto mayor para ver si la sociedad lo acepta o lo rechaza<sup>2</sup>.

Comprender que es la vejez no es algo tan sencillo, siendo que existen diversas formas de verla, por lo tanto se considera importante revisar primero los tipos de edades que pueden existir en el ser humano, ya que a través de estas se podrá tener un primer acercamiento.

Se hace la aclaración de que si se revisan los tipos de edades que existe, es por el hecho de que la vejez generalmente se asocia con una edad mayor aunque esto sea solo relativo, siendo que entran más factores para determinar la vejez.

El envejecimiento tiene distintas dimensiones, y esta pregunta la podemos contestar desde cada una de ellas. Podemos hablar al menos de cuatro edades distintas en el ser humano las cuales son:

- **Edad cronológica:** con ella nos referimos a los años reales que tiene la persona. De manera un poco arbitraria se dice que una persona empieza a ser vieja a partir de los 65 años de edad. Este límite se

---

<sup>2</sup> Hyver.C., Gutiérrez L.M.R; Geriatria: 1ra Edición Ed. Manual Moderno, México D.F 2006.

estableció por ser la edad de la jubilación laboral en los países más desarrollados.

- **Edad biológica:** Por edad biológica de un individuo podemos entender la posición presente y expectativas respecto a su duración potencial en años de vida. Debe ser acompañada de elementos que midan la capacidad funcional de los sistemas vitales cuya situación limita o prolonga el ciclo vital.
- **Edad psicológica:** es considerada como la capacidad de adaptación del individuo viene determinada por las distintas experiencias que se han tenido a lo largo de la vida. Algunas de ellas, como la jubilación o la muerte de la pareja pueden ser determinantes en la psicología de la persona anciana.
- **Edad social:** "Se refiere a los roles y hábitos sociales que desempeña una persona. Con respecto a los otros miembros de la sociedad está muy relacionada con los aspectos culturales.

Por lo tanto el envejecimiento es un proceso bastante complejo, que va más allá de los cambios que ocurren en el cuerpo. Para entender lo que le ocurre a una persona cuando envejece no solo debemos considerar aspectos biológicos como el hecho de que su piel se arrugue. Tan importante o más será tener en cuenta cómo ha sido la vida de esa persona antes de envejecer, como ha encajando la jubilación, cómo son sus relaciones familiares o si tiene suficientes medios económicos. El envejecimiento es algo mucho más complejo que los cambios biológicos.<sup>3</sup>

Después de revisar los tipos de edades, entonces podremos afirmar que la vejez llegaría en diferentes años en el sujeto, según sea el tipo de edad al que se refiera, por lo que se llega a la conclusión de que la edad no es exactamente

---

<sup>3</sup> Caballero .F.M; La salud en la tercera edad: ed. cultural S.A, Madrid España 2006.

un indicador de vejez, aún así se considera necesario establecer lo que es la vejez ya que se han establecido varias definiciones sobre lo que es la vejez según las distintas disciplinas y enfoques teóricos, las cuales varían en su contenido permitiendo alcanzar un panorama más amplio sobre lo que es la vejez.

La vejez puede definirse como una situación existencial en crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance de los años."

Por último puede sugerirse esta definición global que se desprende de la gerontología en su estado actual: la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social.

Algo que cabe mencionar de esta definición es el hecho de que menciona un receso social, que no es otra cosa que el aislamiento que vive el anciano, o más bien al que se ve obligado a vivir.

Para concluir el tema se hace mención de que este conjunto de definiciones solo describen un conjunto de características que se pueden ver en la vejez, una sola definición no es completa, ya que el anciano como cualquier sujeto no puede ser definido en su totalidad por un sólo enfoque o disciplina, ya que en él se involucran tres áreas principales: la psicológica, la biológica y la social.

**Teorías biológicas:** intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales que se producen en el envejecimiento.

**Teorías psicológicas:** intentan describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas.

**Teorías relacionadas con aspectos sociológicos:** se han centrado en explicar cómo los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida.

### 1.1.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

Características del envejecimiento:

- ❖ Universal: Propio de todos los seres vivos
- ❖ Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- ❖ Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- ❖ Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- ❖ Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup><http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>

Las teorías más destacables sobre la biología del envejecimiento son las siguientes:

**Teoría endocrina.** El envejecimiento se produce por una pérdida de las secreciones hormonales, en especial de las glándulas sexuales, que produciría el decaimiento orgánico que acarrea el envejecimiento. El padre de esta teoría fue el insigne Brown-Sequiar, basada en su auto inyección de macerados de testículo, y Voronof, conocido por los implantes de testículo de gorila

**Teoría del reloj biológico.** Según esta teoría, el proceso de envejecimiento está genéticamente programado. Dicho de otro modo, existiría el llamado gen del envejecimiento que, en un momento determinado, provocaría la aparición de los cambios moleculares, celulares y de sistemas que se observan con el envejecimiento.

**Teoría de los radicales libres.** Esta teoría se basa en un fenómeno común que se produce en las células vivas de los organismos aerobios (aquellos que necesitan del oxígeno para vivir), el de los procesos o reacciones químicas de oxidación-reducción. Estas reacciones químicas, presentes en la mayoría de las vías metabólicas celulares, generan los llamados radicales libres, en especial los radicales libres de oxígeno (peróxido, su peróxido e hidroxilo). Estos radicales libres se combinan a su vez con múltiples reacciones celulares y su acumulación produce alteraciones de la función celular que causan su muerte. Para evitar estos efectos, las células disponen de los llamados sistemas aclaradores, sistemas enzimáticos como el súper óxido dismutasa o la catalasa.<sup>5</sup>

El envejecimiento biológico se caracteriza por el deterioro y desgaste de los tejidos y funciones del organismo. Difícil determinar su comienzo ya que al principio es imperceptible.

**Teoría de la alteración de la inmunidad:** La inmunidad es un sistema de defensa específico contra las agresiones externas. Al alterarse, la defensa será ineficaz y agentes externos van ir produciendo deterioros, o bien un deterioro

---

<sup>5</sup> Caballero .F.M; La salud en la tercera edad: ed. cultural S.A, Madrid España 2006.

del sistema inmune provoca que el propio sistema inmune actúe sobre el organismo.

**Teoría del desgaste:** Aquéllos factores que influyen en el proceso de envejecimiento: ejercicio, alimentación, actividad a lo largo de la vida, hábitos. Los tejidos para tener una buena fisiología necesitan estar bien nutridos y oxigenados, los micro capilares que se abren o se cierran según la necesidad del tejido. Si se hace ejercicio se abren los capilares retrasando el deterioro.

La alimentación también es un factor a tener en cuenta, la arterioesclerosis junto a la obesidad son elementos que deterioran. Una persona estresada está en peores condiciones que una tranquila (tabaco, alcohol,...)

**Teorías genéticas:** Los seres vivos envejecen debido a una propiedad que les diferencia de los seres inertes, la capacidad para sintetizar proteínas, esta es el sustrato de la capacidad de reproducción de las células y de la capacidad de utilizar los elementos externos, el agua y la energía que ellos necesitan (metabolismo). En esta síntesis de proteínas interviene el DNA realizado a través del RNA.

Una alteración en el material genético produce alteración en los cromosomas por la edad o bien un progreso genético que conlleva la ancianidad.

El deterioro es a nivel celular fundamentalmente, disminuye la capacidad mitótica de las células así como su capacidad de crecimiento. En muchos tejidos la capacidad celular es inferior al desgaste fisiológico y se produce atrofia. Disminuye la capacidad de especialización de las células y en muchos casos se produce una sustitución de las células de un tejido por tejido adiposo afectando a la funcionalidad del tejido. Disminuye el líquido intracelular dando lugar a que sea más fácil la deshidratación.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.elergonomista.com/geriatria/envejecimiento.htm>

**Teoría de la actividad:** Plantea el punto de vista contrario y propone que la clave para un envejecimiento con éxito es mantenerse ocupado tanto física como socialmente dentro de unos límites que permitan al anciano actuar y comportarse con normalidad.

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

**Modificaciones celulares:** Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

**Envejecimiento en la piel:** La piel es una parte del cuerpo que preocupan mucho a las personas que envejecen principalmente la de las partes expuestas como la cara, el cuello y las manos. La piel con la edad se deshidrata, pierde elasticidad, fuerza y grasa subcutánea, lo que da origen a las arrugas.<sup>7</sup>

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

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

---

<sup>7</sup> Caballero .F.M; La salud en la tercera edad: ed. cultural S.A, Madrid España 2006.

**Envejecimiento del cabello:** El cambio en el color del cabello es probablemente uno de los signos más obvios del envejecimiento. El color del cabello es causado por un pigmento (melanina) producido por los folículos pilosos que, a su vez, disminuyen su producción a raíz del proceso de envejecimiento.

El encanecimiento comienza con frecuencia en la década de los 30 años de edad, aunque esta edad varía ampliamente. Las canas empiezan a manifestarse generalmente en las sienes y se extienden hacia la parte superior del cuero cabelludo. El cabello se torna cada vez más claro y finalmente blanco. Al llegar a la década de los 40 años de edad, la mayoría de las personas presentan algunas canas en el cuero cabelludo. El vello corporal y facial también se vuelve gris, pero generalmente más tarde que el del cuero cabelludo. El vello de la axila, del pecho y del área púbica puede encanecerse menos o no encanecer.

El encanecimiento está determinado genéticamente. Las canas tienden a aparecer de manera más temprana en los caucásicos y de manera más tardía en las razas asiáticas. Los suplementos nutricionales, las vitaminas y otros productos no detienen ni disminuyen la velocidad de dicho proceso de encanecimiento.

**CAMBIOS EN EL ESPESOR DEL CABELLO:** Un cabello es una fibra de proteína que crece a través de una abertura (folículo) en la piel. Cada cabello posee un "ciclo de vida" normal de aproximadamente 4 ó 5 años, luego cae y es reemplazado por uno nuevo.

La cantidad de vello que una persona tenga en el cuerpo y de cabello en la cabeza está determinada por los genes. Sin embargo, con el envejecimiento casi todas las personas experimentan alguna pérdida de cabello y disminución en su velocidad de crecimiento. Las fibras de cabello se hacen más pequeñas y tienen menos pigmento, de ahí que el cabello grueso y áspero de un adulto joven se convierta finalmente en un cabello delgado, fino y de color claro. Así mismo, muchos folículos pilosos dejan de producir nuevos cabellos.

Aproximadamente un cuarto de los hombres comienza a mostrar signos de calvicie hacia los 30 años de edad y cerca de dos tercios tienen calvicie



significativa hacia la edad de 60 años. Los hombres desarrollan un patrón típico de calvicie asociado con la hormona masculina testosterona (calvicie de patrón masculino). El cabello se puede perder en el área de la sien o en la parte superior de la cabeza.

Las mujeres también presentan un patrón típico de pérdida de cabello a medida que envejecen (calvicie de patrón femenino). En ellas, el cabello se hace menos denso en general y el cuero cabelludo puede hacerse visible. El vello corporal y facial también se pierde, aunque los vellos que permanecen se pueden volver más gruesos.

Algunas mujeres pueden notar una pérdida de vello corporal, pero pueden descubrir que presentan vello facial grueso, especialmente en el mentón y alrededor de los labios; mientras que los hombres pueden notar que el pelo de sus cejas, orejas y nariz se hace más largo y áspero.

**Envejecimiento en las uñas:** Las uñas también cambian con el proceso de envejecimiento: crecen más lentamente y se vuelven pálidas y frágiles; el color puede cambiar de traslúcido a amarillento y opaco. Las uñas, especialmente las de los dedos de los pies, pueden volverse duras y gruesas y encarnarse con más frecuencia; mientras que las puntas de las uñas de las manos se pueden partir.

En algunas ocasiones, se desarrollan rebordes longitudinales en las uñas de las manos y los pies. Este puede ser un cambio normal del envejecimiento, sin embargo, algunos cambios en las uñas pueden ser causados por infecciones, problemas nutricionales, traumas y otros problemas. Es aconsejable consultar con el médico si las uñas desarrollan hoyuelos, rebordes, líneas, cambios en el contorno u otros cambios, los cuales pueden estar relacionados con deficiencia de hierro, enfermedad renal y deficiencias nutricionales.<sup>8</sup>

**Envejecimiento óseo:** Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida

---

<sup>8</sup> [http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/004005.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/004005.htm)

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

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

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

**Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:** Cambios de la estructura cardiovascular: El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso aterosclerosis, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y unos pocos cambios en la composición de la sangre, sólo

aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación disminución de la red vascular.

**Cambios en la Función cardiovascular:** Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico ,sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo , fuerza y un aumento de la presión arterial. También el desequilibrio hemodinámica se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen está disminuida.

**Envejecimiento del Sistema Respiratorio:** El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO<sub>2</sub>, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.

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

Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno. Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la

propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

**Envejecimiento del Aparato Digestivo:** No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón. Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, También la disminución del tamaño , funcionalidad del hígado , la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades . Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa. En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

El estreñimiento tan frecuente en los ancianos, parece más bien estar causado por la dieta inadecuada, la falta de ejercicio, distintas enfermedades y los efectos secundarios de algunas medicinas.<sup>9</sup>

**Envejecimiento del Sistema Genitourinario:** Los cambios fisiológicos que ocurren en el aparato urinario son una causa frecuente de síntomas en ancianos sanos.

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200 gramos. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples. Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados. El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto., se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vaso espasmo. También hay una pérdida de volumen y de la

---

<sup>9</sup> Caballero .F.M; La salud en la tercera edad: ed. cultural S.A., Madrid España 2006.

capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.

En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

**Envejecimiento del Sistema Endocrino:** La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

**Envejecimiento del Sistema Inmunitario:** Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección. La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

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

**Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:** El encéfalo se mantiene estable hasta los 50 años (aunque el inicio de la pérdida de peso y volumen comienza a los 30 años) para ir disminuyendo su volumen a

razón de un 2% por década. En el proceso se ven implicadas tanto la sustancia gris como la blanca, aunque la sustancia gris se pierde antes que la blanca.

- ❖ Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales. Con la edad hay una tendencia a la atrofia cortical y a la dilatación ventricular. Los surcos corticales se ensanchan.
- ❖ Reducción neta del flujo sanguíneo cerebral.
  
- ❖ Acumulación de proteínas anormales en los cúmulos y placas.
- ❖ Acumulación intracelular del pigmento lipofuscina, que se produce en vacuolas de almacenamiento y que cuantitativamente está relacionada con la edad.
- ❖ Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil, pese a la edad de inicio. Las más comunes son las placas seniles y los cúmulos neurofibrilares.
- ❖ Las alteraciones dendríticas son de interés relevante.
  
- ❖ El hipocampo desempeña un papel crucial en la formación y mantenimiento de la memoria, y de la densidad dendrítica y de las espinas dendríticas depende la entrada de información a las neuronas. En el encéfalo senil (y de dementes) se puede observar pérdida progresiva de entramado dendrítico de las neuronas piramidales.
- ❖ Velocidad de conducción menor, entre los 50 y los 80 años desciende un 15%

## **ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS**

### **Ojo**

- ❖ Pérdida de elasticidad del músculo orbital, provoca disminución de la movilidad ocular, inversión o eversión del borde del párpado inferior.
- ❖ Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital dando un exoftalmos o hundimiento de los ojos de la órbita.
- ❖ Agudeza visual disminuida.

- ❖ Descenso de la capacidad de acomodación. A medida que la persona envejece los ejes del cristalino se modifican. El continuado crecimiento del cristalino hace que se ensanche hacia adelante reduciendo la cámara anterior del ojo, provoca un cambio que puede hacer aparecer una cierta miopía o astigmatismo.
- ❖ Aparición del arco senil, un depósito de lípidos que forma un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.

**Oído:** Más de 1/3 de las personas mayores de 75 años experimentan una pérdida auditiva. El umbral medio para los tonos puros aumenta con la edad para todas las frecuencias y para ambos sexos. La correlación anatómica es la degeneración del órgano de Corti en el extremo basal de la cóclea.

**Gusto y olfato:** Hay una pequeña disminución en el número de papilas gustativas y atrofia, se pierde la capacidad de detección de sabores salados más que de los dulces. También hay una reducción en la capacidad de identificación olfatoria, aunque no varía la inervación.

**Tacto:** Reducción en la agudeza del sentido del tacto. En el curso del envejecimiento se producen pérdidas selectivas de sensibilidad vibratoria, discriminación de dos puntos y reconocimiento táctil, mientras que la sensibilidad posicional, el tacto ligero o la presión son normales.<sup>10</sup>

## 1.2.- TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

### 1.2.1. BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la primera guerra mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

---

<sup>10</sup> <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap2.pdf>

En 1955 se publicó su "Definición de Enfermería", en 1966 perfiló su definición en el libro: "The Nature of Nursing".

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.



8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.<sup>11</sup>

#### LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1 .Respirar normalmente: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico. Enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

2. Comer y bebe de forma adecuada: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento. Enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

3. Eliminar por todas las vías: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Moverse y mantener una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del

---

<sup>11</sup> Fernández L R F., Navarro V.; De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo xx1:2da.Ed.Masson, Barcelona ,2000. Pág. 38.

organismo y de la circulación sanguínea. Enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del c., planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar: Enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos. Enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal: La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C. enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene.

9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con los demás: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras. Enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe. Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de Autorrealización: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo: enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Actuar en actividades recreativas: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; e enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Aprender: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. Enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos.<sup>12</sup>

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o

---

<sup>12</sup> <http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos. Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
  - Falta aguda de oxígeno.
  - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
  - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
  - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
  - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
  - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
  - Una enfermedad transmisible.
  - Estado preoperatorio.
  - Estado postoperatorio

- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.  
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

- Sustituta: compensa lo que le falta al paciente
- Ayudante: establece las intervenciones clínicas.
- Compañera: fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

➤ Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno :

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia o por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

- Físicos : aire, temperatura,sol,etc
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia

- Salud :

- La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de maslow.
- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada, temperatura.
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y pertenencia (comunicación y creencias)
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

- Enfermería:

La define como la ayuda principal al individuo sano para realizar actividades que contribuya a la salud o a la recuperación y hacerlo de manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza de voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades además de las costumbres sociales y de las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un “plan de cuidado enfermero “por escrito.

#### LA FUNCION DE LA ENFERMERA:

La responsabilidad primordial de la enfermera es el ayudar a las personas en sus actividades de la vida diaria, o con las actividades que generalmente llevan a cabo sin ayuda: respirar, comer, funciones de eliminación, descansar, dormir y deambular, asearse el cuerpo y mantenerlo caliente y adecuadamente vestido. Las enfermeras también ayudan a llevar a cabo aquellas actividades que hacen de la vida algo más que un proceso vegetativo, o sea, interacción social, aprendizaje, ocupaciones que sean reactivas y aquellas que sean productivas. En otras palabras ayudan a las personas a mantener o crear regímenes de salud que, si los individuos estuvieran fuertes, tuvieran conocimientos y amaran la vida, los llevarían a cabo sin ayuda. Es el único servicio que dura las 24 horas del día y está organizado para proporcionar esta ayuda tan especial.

Además, de esta función específica ayudan a los pacientes a identificar y a expresar sus necesidades de salud; les ayudan a encontrar y a utilizar los recursos sanitarios de la comunidad y a llevar a cabo los tratamientos prescritos. En este trabajo nos referimos al paciente como una persona de todas las edades, y bajo esta consideración no requiere lo mismo el recién nacido, el preescolar, el escolar, el adolescente, el adulto y el adulto mayor.

Es bien conocida la vulnerabilidad de los adultos mayores para la satisfacción de sus necesidades psicológicas, fisiológicas, económicas, sociales, culturales y espirituales. El papel coordinador de la enfermera la coloca en una posición especial de responsabilidad en cuanto a equilibrar las diversas necesidades del paciente; por ejemplo, la enfermera se asegurará de que mientras se mantiene alineada una cadera fracturada, no se forme una úlcera por decúbito sobre el talón, y que mientras se ordena y se entrega una dieta especial el paciente no experimente un desequilibrio de los líquidos y los electrolitos por no comer. La enfermera en su papel coordinador y en su función de atención, debe supervisar el grado de vulnerabilidad de cada

paciente y asumir una gran parte de la responsabilidad en cuanto a la prevención de lesiones o enfermedades que puedan ocasionar una mayor alteración en la satisfacción de sus necesidades

### 1.3.- ANTECEDENTES DEL MÉTODO ENFERMERO

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 Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>



Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia a exigidos cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de enfermería como disciplina científica a incrementando la calidad en la atención al individuo, familia, y comunidad.

Así como muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en nuestro país, cada día requiere mayor relevancia en la formación de los enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica sin embargo el camino apenas empieza nos falta mucho por recorrer este terreno, ya que todavía puede resultar desconocido para muchas compañeras en nuestros días<sup>14</sup>

### 1.3.1.- DEFINICION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La profesión de enfermería a través del proceso de enfermería puede elaborar diagnósticos y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería (PAE) es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.

#### OBJETIVO

El objetivo del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral.

Exigir al profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud.

---

<sup>14</sup> Rodríguez B .A. S.; Proceso Enfermero: Ed. Cuellar, México D.F. 2006, pág 19.

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Los procesos de enfermería ayudan a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además se debe basar en un marco teórico. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente.

#### 1.4.-ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Como se menciona anteriormente el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1. Valoración
2. Diagnostico de enfermería
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación.

##### 1.4.1.- VALORACIÓN:

La Valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos y documentación.

## ENTREVISTA

### Entrevista enfermera

Su habilidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar es clave para establecer una relación positiva enfermera-cliente y esencial para conocer los hechos.

#### Objetivos:

- permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
- ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

#### Segmentos de la entrevista:

- Introducción. comienzo de relación terapéutica (profesional-cliente)
- Cuerpo. enfoque de diálogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios.
- Cierre. prepara al cliente para terminar la entrevista. No introducir material nuevo.

#### Tipos de preguntas utilizadas para recoger datos:

- Abiertas. utilizadas para obtener una descripción del paciente; exige respuestas de más de una o dos palabras.
- Cerradas. utilizadas para obtener hechos concretos y para enfocar la recogida de datos; exige respuestas breves de una o dos palabras.
- Sesgadas. dirigidas a obtener una respuesta concreta, incluye respuestas intencionadas o guiadas.
- Guiadas. Supone la preferencia de una respuesta en particular.
- Intencionadas. pensadas para provocar la reacción del cliente a una determinada situación o tema.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Alfaro, R., Le Fevre, R., Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración: 5º edición Editorial Massón Barcelona , 2003

## Errores comunes de comunicación

- Emplear el nombre de pila sin permiso
- Usar nombres cariñosos
- Utilizar un lenguaje infantil
- Emplear terminología médica con personas legas
- Usar técnicas de comunicación con la que se sienta cómoda, sin prestar atención a la respuesta de la persona.

## OBSERVACIÓN:

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables.

La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos:

Vista. Abrasiones, ausencia de partes del cuerpo, dientes rotos o ausentes, bastones, estornudos, etc.

Oído. Estallido, eructo, tos, llanto, pena o depresión, tartamudeo, silbido, bostezo, etc.

Olfato. Alcohol, olor axilar, hemorragia, olor del aliento o del cuerpo, medicina, secreción purulenta, etc.

Sensibilidad. Aspereza, frialdad, mojado, dolor, hinchazón, bultos, temperatura, etc.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración del profesional de enfermería se concentra en:

- mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería
- establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería

- comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre profesional de enfermería y cliente.

### **Técnicas de valoración física:**

- Inspección. Exploración visual de un paciente para determinar estados o respuestas normales y no habituales o anormales.
- Palpación. El uso del tacto para determinar características de estructuras del organismo.
- Percusión. Golpear una superficie del cuerpo con los dedos para producir sonidos.
- Auscultación. Escuchar sonidos producidos por el organismo sólo con el oído o con un estetoscopio.

## **DOCUMENTACIÓN**

Objetivos de la documentación.

Favorece la comunicación

Facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente

Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia

Forma un registro legal permanente

Fuente de datos para la investigación.

Directrices para la documentación

Escriba las anotaciones de forma objetiva, sin sesgos, juicios de valor ni opiniones personales. Incluya información importante compartida con usted por el cliente o la familia. Documente información suficiente para apoyar sus interpretaciones del aspecto y conducta del cliente.

Evite generalizaciones, incluyendo términos globales como bueno, regular, habitual, normal

Describa los hallazgos de la forma más completa posible, incluyendo características definitorias como tamaño y forma

Documente los datos de forma clara y concisa, evitando información superflua y frases largas y prolijas

Escriba las anotaciones a mano o a máquina de forma legible y en tinta indeleble

No manipule el registro clínico

Las anotaciones deben ser correctas gramatical y ortográficamente

No deje espacios que permitan a otros introducir información en sus anotaciones

Identifique correctamente las entradas posteriores

Sea meticuloso en la documentación de la información que ha comunicado a un médico

Cuando un cliente no coopera o decide no seguir el régimen de tratamiento recomendado, proporcione descripciones completas.

#### 1.4.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

El Proceso Diagnóstico, la segunda fase del Proceso de Enfermería, es una función intelectual compleja. Esta fase tiene cuatro etapas:

Etapas del proceso diagnóstico:

a. Procesamiento de datos

- clasificación: mientras evalúa a un cliente, el profesional de enfermería acumula un gran volumen de datos. Es posible que el profesional de enfermería encuentre grandes dificultades para manejar este volumen total. La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas. Algunos ejemplos son los sistemas corporales, los patrones de salud funcional, los datos históricos y los síntomas importantes.

- Interpretación: consiste en la identificación de datos importantes, en la comparación con patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias.
- Validación: en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.
- validación con el cliente o con sus seres queridos
- validación con otros profesionales
- validación con fuentes de referencia.

b. Redacción de un diagnóstico de enfermería:

Enunciado: la respuesta humana, identifica la forma en que el cliente responde a un estado de salud o de enfermedad. Esta cláusula indica las necesidades que deben cambiar en un cliente en particular gracias a las intervenciones de enfermería.

Enunciado: factores relacionados o de riesgo (etiología), con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el cliente, el profesional de enfermería debe saber porqué está sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueden ser la causa de la respuesta observada en el cliente o que contribuyen a ella; factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Los factores relacionados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de respuestas humanas. También sugieren intervenciones de enfermería específicas que evitarán, corregirán o aliviarán la respuesta.

- c. Validación del diagnóstico: antes de plasmar el diagnóstico en un papel, es útil confirmar su exactitud.
- d. Documentación: después de desarrollar y confirmar la exposición del diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería lo documentará en el registro clínico del cliente.

### 1.4.3.- PLANEACION:

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

#### 1. Establecimiento de Prioridades:

#### JERARQUÍA DE KALISH

- Richard Kalish (1983) mejoró aún más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación.
- Supervivencia. alimento aire, agua, temperatura razonable, eliminación, descanso y supresión del dolor.
- Estimulación. sexo, actividad, exploración, manipulación, innovación.
- seguridad y protección. comienzan a ser especialmente preocupantes para el cliente cuando se han satisfecho las necesidades fisiológicas <sup>16</sup>
- Amor y Pertenencia. capacidad de una persona para afiliarse o interactuar con los demás de su entorno y se satisfacen mediante la participación con familiares, amigos y colaboradores.
- Estima. necesidad de respeto por parte de sí mismo y de los demás. El individuo lucha por el reconocimiento, la utilidad, la independencia, la dignidad y la libertad.
- Autorrealización. necesidad de conseguir el máximo provecho de sus competencias físicas, mentales, emocionales y sociales para poder sentir que es la clase de persona que desearía ser. Los clientes desean actuar según un estilo de vida que utilice sus conocimientos, talentos y habilidades particulares<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Iyer, P., Proceso y diagnóstico de enfermería: 3º edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1995

<sup>17</sup> <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/Kalish.html>



## MODELO DE MASLOW

- Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles:
- Fisiológicas. alimento, líquidos, oxígeno, eliminación, calor, bienestar físico.
- De inocuidad o seguridad. cosas necesarias para la seguridad física (p.e., un bastón) y la seguridad psicológica (p.e. el juguete favorito de un niño).
- Sociales. familiares y personas significativas, De estima. cosas que hacen que las personas se sientan bien consigo mismas y confíen en sus propias habilidades (p.e., ir bien arreglada).
- De autorrealización. necesidad de crecer, cambiar y conseguir objetivos. Sugirió que el cliente va subiendo en la jerarquía cuando intenta satisfacer necesidades. Por tanto, cuando estas necesidades básicas no están satisfechas, es muy posible que el cliente no tenga ganas o no sea capaz de satisfacer necesidades de mayor nivel.<sup>18</sup>

### 2. Redacción de los Objetivos:

Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería.

Su propósito es definir la forma en que el profesional de enfermería y el cliente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida.

Directrices para la elaboración de objetivos:

Los objetivos se obtienen del diagnóstico de enfermería. Las exposiciones diagnósticas de enfermería identifican respuestas reales o potenciales que son consideradas problemáticas para el cliente. Los objetivos deberían reflejar la primera mitad de la exposición diagnóstica, identificando repuestas de salud alternativas que sean deseables para el cliente. Los objetivos ayudan también a definir conductas específicas que demuestren que se ha prevenido, reducido o corregido el problema. Ejemplo: El cliente consume 1800 calorías de

---

<sup>18</sup> <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/Maslow.html>

alimentos en puré y líquidos cada período de 24 horas, mediante las intervenciones de enfermería.

Los objetivos se documentan como metas mensurables. Los objetivos deben indicar lo que el cliente hará,, cuándo lo conseguirá y en que grado. Unos objetivos observables y mensurables definen el "qué" y "hasta qué grado". Ejemplo: Antes del alta el cliente expone su intención de seguir la dieta de 1800 calorías mediante las intervenciones de enfermería.

Los objetivos se formulan de forma conjunta con el cliente y los prestadores del cuidado, cuando sea posible. Durante la valoración inicial, el profesional de enfermería comienza ya a hacer participar al paciente en la planificación de los cuidados. El cliente y el profesional de enfermería deben validar los diagnósticos y objetivos. La participación activa del cliente en el plan de cuidados ayudará a facilitar la consecución de los objetivos.

Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del cliente. Entre los factores a considerar se encuentran la inteligencia del cliente, el nivel de educación y el estado físico o emocional.

Los objetivos son realizables en relación con los recursos al alcance del cliente. La capacidad del cliente para conseguir tales objetivos puede resultar afectada por numerosos factores entre ellos los económicos, la capacidad de los cuidadores y el marco en el que se presta la asistencia.

Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su realización. Debe establecerse el tiempo asignado para la consecución de los objetivos. Ejemplo: El cliente deambula con ayuda por la habitación a las 48 horas de la cirugía, mediante las intervenciones de enfermería.

Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia. Un objetivo elaborado con claridad favorece la comunicación entre cuidadores y favorece la continuidad de la asistencia.

3.-Desarrollo de Intervenciones de Enfermería: Consiste en elaborar intervenciones de enfermería que describan cómo ayudará el profesional de enfermería a que el cliente consiga los objetivos propuestos.

Estas intervenciones se basan en:

- ❖ La información obtenida durante la valoración
- ❖ Las posteriores interacciones del profesional de enfermería con el cliente y la familia.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería. Por tanto las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Tipos de intervenciones de enfermería:

- Interdependientes

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

- Independientes

Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería.

## Características de las intervenciones:

- El plan es individualizado
- ❖ El plan es individualizado mediante el enfoque en el factor relacionado. El factor relacionado o de riesgo especifica el origen de la respuesta humana y marca la dirección para las intervenciones de enfermería concretas.
- ❖ El plan se centra en las fuerzas y debilidades del cliente. Para la planificación de los cuidados será preciso identificar y utilizar los valores positivos del cliente. Entre las fuerzas se pueden incluir la motivación, inteligencia, apoyo familiar, educación y recursos económicos.
- ❖ El plan es individualizado mediante el enfoque en la gravedad y urgencia del estado del cliente. En ocasiones, es posible que la gravedad o la urgencia del problema del cliente influyan en la actuación de enfermería.
- ❖ El plan se desarrolla conjuntamente con otros
- ❖ Participación del cliente. La participación del mismo en el desarrollo de objetivos aumenta la posibilidad de individualizar las intervenciones de enfermería.
- ❖ Participación de los seres queridos. Esto resulta especialmente útil cuando el cliente no es capaz de expresar preferencias ni de hacer sugerencias debido a trastornos en el nivel de conciencia, barreras lingüísticas, déficits de comunicación o a otras razones.

Participación de otros prestadores de atención sanitaria. La aportación de una perspectiva diferente o de la experiencia de otros con un cliente, puede ser útil para resolver problemas y determinar intervenciones que sean específicas para el cliente.

- ❖ El plan refleja la práctica actual de la Enfermería

- ❖ Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica. Esta justificación se desarrolla a partir de su base de conocimientos, que incluye las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.
- ❖ El plan establece la continuidad de la atención. Cualquier diferencia de opinión debe ser resuelta para favorecer la continuidad en la atención.

#### 4.- documentación del plan:

Consiste en la comunicación del plan por escrito a los otros miembros de enfermería, o sea el registro de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el cliente. El formato del plan le ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico.

El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados.

El plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Los planes de cuidados tienen ciertas características deseables:

- ❖ Estar escritos por enfermeros titulados universitarios.
- ❖ Ser iniciado después de la primera interacción con el cliente.
- ❖ Fácilmente accesible.
- ❖ Actual.
- ❖ Técnicas para la documentación de las intervenciones de enfermería
- ❖ Las intervenciones de enfermería deben llevar la fecha y la firma
- ❖ Las intervenciones de enfermería deben incluir verbos de acción concretos y nombrar actividades concretas para conseguir los objetivos esperados
- ❖ Las intervenciones de enfermería deben definir quién, qué, dónde, cuándo,

cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.

#### 1.4.4.- EJECUCION E INTERVENCION:

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Preparación

Intervención

Documentación

Etapa 1: Preparación

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.

Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.

Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente.

Bienestar. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Entre las preocupaciones físicas se encuentran el entorno inmediato, intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura.

- Seguridad.

*Grado de movilidad.* El grado de movilidad del cliente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas como la tracción o las escayolas o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio.

*Déficits sensoriales.* El cliente que tiene una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil puede presentar riesgo de lesión.

*Niveles de conciencia/ orientación.* Los clientes con niveles de conciencia reducido o desorientados, a menudo requieren una atención especial o intervenciones que fomenten su salud. Ciertas respuestas exigen la realización de adaptaciones de su entorno para evitar las lesiones.

## Etapa 2: Intervención

- ❖ Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás.
- ❖ Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C., el acicalamiento, el vestido la alimentación y la deambulaci3n son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atenci3n de enfermería porque existe alg3n problema que interfiere con su capacidad de cuidar de sí mismos.
- ❖ Supervisi3n del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestaci3n de los cuidados de enfermería.
- ❖ Comunicaci3n con otros miembros del equipo de atenci3n sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atenci3n del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.
- ❖ Educaci3n. El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisici3n de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.

- ❖ Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

### Etapa 3: Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

#### 1.4.5.- EVALUACIÓN:

La evaluación es el proceso valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la cantidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar metas u objetivos establecidos.
- juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

Debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el cliente.



## Criterios de determinación

- ❖ La evaluación es sistemática y continuada.
- ❖ Las respuestas del cliente a las actuaciones se documentan.
- ❖ Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.
- ❖ Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.
- ❖ Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.
- ❖ El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando esté indicado.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

### 1.5.- VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería
- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz

- Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup><http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatencioendeenfermeria.htm>

## 2.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Virginia es una residente del centro nacional modelo de atención capacitación investigación gerontológico” Vicente García torres” del DIF de 78 años de edad católica, ingresa hace un 1 año por iniciativa propia y rechazo familiar siendo admitida con el Diagnostico Médico de Enfermedad Articular Degenerativa (EAD),osteoporosis posteriormente desarrollo Incontinencia Urinaria, síndrome de inmovilidad, deterioro cognoscitivo y prolapso rectal.

Durante la entrevista Virginia se encuentra consciente en persona cooperadora sin embargo se puede observar con dificultad a la comunicación ya que presenta un deterioro cognitivo (demencia senil) .

Se considera importante mencionar que Virginia se siente sola por su condición física actual ya que depende de alguien que le ayude a trasladarse al no poder manipular la silla de ruedas.

A la exploración física se observa con una frecuencia cardiaca de 72x´ de ritmo normal y de intensidad fuerte y una tensión arterial de 110/70 mmg temperatura de 36 °c axilar. Talla de 1.31 cm y un peso de 36kg reflejo pupilar presente con mucosas orales hidratadas, dentadura incompleta, perístasis disminuida y débil en su eliminación intestinal de 1 vez por semana, costándole trabajo en evacuar con presencia de heces blandas y la eliminación urinaria es de 4 veces por día normal con nicturia.

Las necesidades que se encuentran alteradas son:

1. Nutrición e Hidratación
2. Eliminación intestinal
3. Higiene y protección de la piel.
4. Prendas de vestir.

## VALORACIÓN EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Nombre del paciente: V.S.C	Edad: 78 años
Estado civil: viuda	Religión :católica
Originaria de: Puebla ,Puebla	sexo: femenino
Ocupación: asilada	Escolaridad: primaria incompleta
Lugar de residencia: México D.F	Fuente datos: directo e indirecto

### Necesidad de oxigenación:

Paciente consiente, desorientado en sus tres esferas, aislada, en reposo presenta respiración normal con amplitud profunda de tórax, a la auscultación de los campos pulmonares limpios y ventilados con ritmo cardiaco de buen tono e intensidad sin presencia de soplo, el estado de la piel es seca sin presencia de cianosis, tanto en las uñas, lóbulo, oreja, labios.

Sus signos vitales: tensión arterial 130/80 mm Hg frecuencia cardiaca: 72 x minuto frecuencia respiratoria: 21 x minuto.

### Necesidad de nutrición e hidratación:

V.S.C, come 3 veces al día, la comida que le dan en la casa hogar no le agrada, a veces no tiene buena presentación pero come en poca cantidad , no le gusta comer mucho las verduras, le gusta comer carnes rojas, frutas y sobre todo frijoles, tortillas y pan, presenta problemas para masticar, ya que cuenta con prótesis dental superior.

La cantidad de líquidos que toma es deficiente aproximadamente ½ litro ya que no le apetece., en ocasiones le dejan ensure como suplemento alimenticio.

Presenta piel y mucosas secas, así como la disminución de la masa corporal, no hidrata la piel con regularidad.

Talla: 1.31 cm, peso: 36 kg glicemia capilar: 89 mg/dl IMC: 21.5.

Necesidad de eliminación:

V.S.C en la eliminación urinaria es de 2 veces al día de características amarillo claro y la eliminación intestinal es de 1 evacuación cada tercer día, son de características blandas y pastosas de olor fétido.

Necesidad de movilidad y postura:

Su movilidad física es limitada ya que ha sentido pérdida de fuerza, se mantiene casi todo el tiempo en silla de ruedas, se le asiste al sanitario, existe dolor en las articulaciones no realiza sus actividades por si sola requiere de ayuda, come despacio sin tirar los alimentos de la cuchara. Esta manera de realizar las actividades ha influenciado en su estado de ánimo ya que se ha aislado, se muestra antisocial con los demás pacientes y refiere sentirse un poco torpe.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

Se baña cada tercer día, por las mañanas se lava la prótesis dental una vez por día, presenta halitosis, el aseo de manos no es muy frecuente ya que solo se lava las manos dos veces al día y con presencia de suciedad en lechos ungueales. Presenta piel seca, las uñas se notan secas, las condiciones de higiene en general no son muy buenas ya que no se encuentran lo suficientemente limpias, las cavidades como oído,ojos,boca,nariz y piel, además muestra desinterés por mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

Necesidad de termorregulación:

V.S.C prefiere que los días sean cálidos, ya que los días lluviosos porque esta propensa a enfermarse (gripa), al momento su temperatura era de 36.7 °c además no se observan cambios de coloración.

Necesidad de prendas de vestir.

Su ropa se cambia diariamente, que es la que se le proporciona en la casa hogar, cuando el clima esta lluvioso, o hace frio utiliza otra prenda como suéter, o chaleco, o el clima es caluroso utiliza ropa fresca necesita ayuda para vestirse.

Necesidad de sueño y reposo:

V.S.C, el tiempo que destina para dormir es de aproximadamente de 10 horas y durante el día toma siestas por 3 horas.

Necesidad de evitar peligros:

Su actitud es aislada, presenta riesgo de caída por su movilidad limitada, no tiene tendencia a responder a estímulos de forma rápida. Escucha y oye de forma aceptable cuenta con su esquema de vacunación completa que aunque no se le han aplicado vacunas recientemente desconoce de su importancia que tienen y cuáles son. No se realiza autoexploración y su vida sexual es inactiva.

Necesidad de comunicación: no tiene mucha convivencia con sus compañeras de pabellón y se nota triste, es católica; acude a misa todos los miércoles ya que es cuando llega el sacerdote a la casa hogar.

Necesidad de aprendizaje:

Su nivel académico es primaria incompleta.

Necesidad de trabajo y recreación:

V.S.C, su estado actual es aislada por su estado de salud; actualmente no trabaja y está solamente en la casa hogar "Vicente García Torres".

Necesidad de distraerse y participación en actividades recreativas:

Por su condición física, no puede realizar actividades, no convive con sus compañeras de pabellón por falta de interés. Antes fue una persona muy activa que no dependía de los demás y realizaba ejercicio y manualidades.

Necesidad de creencias y valores:

Religión católica, acude a misa y rosarios en la casa hogar, aquí las personas se ayudan entre todos, respetando su estado de salud, económico, piensa que su vida se está acabando y que la muerte es algo que todos debemos vivir; cada ser humano de forma individual y como se haya portado con la vida.

### 3.- JERARQUIZACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Alteración de la necesidad de la nutrición relacionada con menor ingesta de los requerimientos corporales y dificultad para la deglución manifestada por falta de apetito, y disminución de peso.

Alteración de la necesidad de eliminación intestinal relacionado a bajo nivel de ingesta de fibra en la dieta manifestado por periodo de estreñimiento y periodos de defecación irregular (blanda pastosa).

Alteración de la necesidad de higiene relacionado con discapacidad musculo esquelética manifestado por desalineo, mal olor, eliminación vesical e intestinal involuntario sin percatarse de la misma, ni cambio de ropa.

Déficit de auto cuidado del vestido relacionado a discapacidad cognitiva manifestado por incapacidad de mantener una apariencia satisfactoria

#### 4.- PLAN DE CUIDADOS

Alteración de la necesidad de la nutrición relacionada con menor ingesta de los requerimientos corporales y dificultad para la deglución manifestada por falta de apetito, y disminución de peso.

Objetivo: motivar al paciente a que consuma una mayor ingesta de alimentos para que pueda mantener peso y recuperar fuerza muscular.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
❖ Consultar con un profesional de la nutrición para establecer las necesidades diarias del cliente en cuanto a calorías y tipo de alimentos adecuados.	❖ Consultar a un dietista puede ayudar a asegurar que la dieta proporciona el aporte óptimo de calorías y nutrientes	❖ Las visitas de los dietistas no resultaron de ayuda, ya que el paciente hacía caso omiso a las instrucciones.
❖ Aconsejar el descanso después de las comidas.	❖ La fatiga disminuye aún más las ganas de comer.	❖ Después de la comida que para ella significaba un poco de desgaste, lograba descansar, para conservar energía.
❖ Proponer comidas pequeñas y frecuentes en lugar de abundantes e infrecuentes.	❖ La distribución uniforme de las calorías totales a lo largo del día, ayuda a prevenir la distensión gástrica y es posible que aumente el apetito.	❖ En ocasiones se le pedía dieta picada a los dietistas para que se ahorrara el paciente energía de estarla partiendo o triturando.
❖ Ante la falta de apetito, disminuir los líquidos en las comidas y evitarlos una hora antes y después de comer.	❖ Limitando los líquidos ingeridos durante las comidas, se ayuda a prevenir la distensión del estómago.	❖ Se trató de disminuir los líquidos para que el paciente tolerara más la comida.
❖ Animar y ayudar al paciente a mantener una buena higiene oral.	❖ Una mala higiene bucal provoca halitosis, caries y puede llevar a provocar algunas infecciones, las cuales pueden disminuir el apetito.	❖ Se mejoró la higiene bucal considerablemente a la que había tenido, se sintió muy bien y motivado.



❖ Adoptar medidas que fomenten el apetito	❖ Presentación agradable de los alimentos, temperatura adecuada al alimento, se eviten olores no gratos en los alrededores.	❖ La presentación de los alimentos contribuyo a tener el deseo y antojo de comer.
❖ Medidas antropométricas, como el peso, la altura y el grosor de la piel y el perímetro braquial.	❖ Ayudara en tener un control, sobre su estado de salud.	❖ Se pesaba y se media una vez por semana la paciente mostraba interés en cuanto su control que se estaba llevando, se logró que su peso no mostrara cambios significativos.
❖ Análisis clínico para controlar la desnutrición por falta de calorías y proteínas.	❖ La desnutrición por calorías proteicas es una situación potencial en cualquier enfermedad crónica afecta a la digestión oral y a la absorción gastrointestinal de los nutrientes.	❖ Al paciente se le evaluaba constantemente para el control de su peso y vigilar que la desnutrición no llegara a una etapa más avanzada.
❖ Mediciones funcionales de la potencia muscular.	❖ Valorar la fuerza en las actividades del paciente, ayuda para planear su alimentación.	❖ Se realizaba algunos ejercicios que nos permitirá valorar la fuerza muscular del paciente, desafortunadamente el paciente no ponía empeño a las actividades.
❖ Ofrecer la comida en un ambiente agradable y animar a sus compañeras a estar presentes en la comida si es posible.	❖ El entorno estimula mucho a la persona, ya que las personas pueden motivar por medio de palabras a comer.	❖ La compañía de las compañeras le permito al paciente a mostrar un mayor interés al paciente para consumir sus alimentos.

Alteración de la necesidad de eliminación intestinal relacionado a bajo nivel de ingesta de fibra en la dieta manifestado por periodo de estreñimiento y periodos de defecación irregular (blanda pastosa).

Objetivo: informar al paciente de la posibilidad de que el estreñimiento este causado por falta de ingesta de fibra insuficiente y actividad física.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Fomentar un aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra, tales como: fruta de tiempo con piel, salvado, frutas secas, semillas, pan, cereales integrales, frutas y vegetales cocinados	Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y la evacuación regular	La paciente tolera un poco la ingesta rica en fibra y favoreció su evacuación.
Dar a Virginia a comer aproximadamente 800 gramos de frutas y verduras (equivalente a 4 piezas de fruta de tiempos y una buena ensalada), para facilitar la regularidad en la evacuación	En una dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales que provén lo necesario para la construcción y reparación de tejidos corporales.	La paciente logró consumir más fruta de temporada y verduras.
Animar a Virginia a tomar al menos dos litros (8 a 10 vasos) al día si no está contra indicada	Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regularidad en la evacuación	Se logró que la paciente consumiera un litro de agua al día, pero de sabor.
Ayudar a realizar actividad física con regularidad si no está contraindicado	El ejercicio regular ayuda a evacuar por que refuerza la masa muscular, abdominal y estimula el apetito y la actividad peristáltica.	Por su condición física y de pérdida muscular no se logro que se realizara el ejercicio.

Alteración de la necesidad de higiene relacionado con discapacidad musculo esquelética manifestado por desalineo, mal olor, eliminación vesical e intestinal involuntario sin percatarse de la misma, ni cambio de ropa.

Objetivo: contribuir a mejorar la higiene de Virginia.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Ayudar al paciente para llevar a cabo la higiene personal.	Realizar baño completo una o dos veces por semana y efectuar baños parciales los demás días para evitar la sequedad cutánea, los jabones deben ser suaves e hidratantes.	Se logro que la paciente aceptara bañarse cuando lo requiera .
Examinar el estado de la piel durante el baño	La piel deberá ser hidratada con leches corporales o cremas se aconseja inspeccionar el estado de la piel sobre todo en la zona de los pliegues para evitar la existencia de escoriaciones o rozaduras y secara al paciente con suavidad para proteger la piel frágil.	Después del baño se lubricaba con crema para el cuerpo y se secaba perfectamente la piel de la paciente , se evito zonas de descamación en la piel del paciente.
Realizar la higiene bucal tras las comidas	Limpiar la boca después de cada alimento	Se logro que se realizara el aseo bucal después de cada alimento.
Realizar revisiones periódicas en las placas dentales con el dentista	El cepillado de los dientes y encías deberá ser con un cepillo suave.las prótesis dentales se limpiaran con soluciones especiales durante la noche	Se coordino con el dentista de la unidad para que se realice sus revisiones bucales cada mes.

Déficit de autocuidado del vestido relacionado a discapacidad cognitiva manifestado por incapacidad de mantener una apariencia satisfactoria

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>considerar la edad y cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se lleva a cabo ya que ellos tienen sus costumbres y sus ideas, les es difícil adaptarse a su nueva situación.</li> </ul>	Se viste de acuerdo a la temporada y a las posibilidades de la unidad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>disponer las prendas del paciente a su alcance cuando son parcialmente independientes (al pie de la cama)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>es importante que el paciente se realice algunas actividades para sentirse útil.</li> </ul>	Se le propone diferentes actividades para mantener entretenido al paciente pero el paciente mostraba cierta indiferencia para realizarla
<ul style="list-style-type: none"> <li>ayudar en el vestir o desvestir al paciente</li> </ul>	Es importante valorar la Capacidad para vestirse o desvestirse del paciente ya que por su condición física tiene limitaciones	Ya que la paciente es dependiente no se logro el que ella se vistiera sola.
<ul style="list-style-type: none"> <li>facilitar el peinado del paciente</li> </ul>	Con el deterioro cognitivo y muscular no es capaz de realizarlo por si sola.	La paciente no fue capaz de lograr peinarse ella sola
<ul style="list-style-type: none"> <li>apoyo en el abotonamiento y cierres</li> </ul>	Las prendas suelen traer cierres y botones para el paciente ya que es dependiente de la enfermera.	Por su deterioro cognitivo se emplea indicaciones no verbales para que nos entienda mejor
<ul style="list-style-type: none"> <li>ayudar al paciente a seleccionar ropa cómoda</li> </ul>	El indicarle la ropa que se utilizara para su vestir ayudara que el paciente se encuentre cómoda.	Se pone la ropa de acuerdo al clima y ella acepta,

## 5.- EVALUACIÓN DEL PROCESO

Con el Proceso de Atención de Enfermería de intervenciones se logró mantener al paciente con adecuadas condiciones físicas, emocionales y espirituales lo cual contribuyó a que el paciente tuviera un buen mantenimiento en su estado de salud.

Dada una de las intervenciones fueron realizadas de manera satisfactoria en el paciente, la paciente mostró interés, se le motivaba a que realizara actividades básicas como alimentarse, hidratarse, en la mayoría de las respuestas por parte del paciente fueron positivas, por eso puedo decir que contribuyo mucho en la mejora de su salud y a que se le brinde un mejor cuidado.

Se logró parcialmente la independencia, porque el paciente aprendió a cuidarse y protegerse de los diferentes riesgos, expresar preocupaciones y comprendió aspectos importantes sobre su cuidado, además de expresar sentir una paz espiritual y una aceptación de ella misma.

La realización del proceso atención de enfermería me resulto complicado, no es fácil la realización de este cuando la exigencia no es tal en cada una de las etapas del mismo, con el presente trabajo queda claro la importancia de la elaboración de un plan de cuidados para cada uno de los pacientes y el impacto que tienen sus cuidados y el que estos se plasmaran en escrito y todas las enfermeras lo siguieran seria verdaderos cuidados de enfermería.

Me queda claro que la realización de un Proceso de Enfermería es complejo a medida que avanzamos en nuestra carrera profesional, porque a medida que pasa esto nuestros conocimientos cambian y las existencias para el van a ser mayores.

Quedo muy complacida por los conocimientos adquiridos del presente trabajo y me quedan muchas inquietudes para saber más de él y al ejercer la profesión hacer una aplicación verdadera de lo que es un Proceso Atención de Enfermería.

## 6.- CONCLUSIONES

Con el presente Proceso Atención de Enfermería anterior se logro lo siguiente:

- ✚ La aplicación del PAE mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, permitió darnos cuenta del estado físico, emocional y social, del paciente, además de detectar las necesidades alteradas y poder brindar cuidados específicos, además de atender las posibilidades complicaciones; con el resto aprendí la gran importancia de la verdadera aplicación de un PAE, en donde siempre se tiene que tomar en cuenta el individuo y su sentir, el comprender al paciente como parte activa en su tratamiento me ayudo y le ayudo mucho para mantenerla en mejores condiciones de salud.
- ✚ Los diagnósticos de enfermería fueron adecuados para satisfacer sus necesidades alteradas o de riesgo.

Actualmente existe profesional de enfermería lo suficiente capacitado para la atención de este tipo de pacientes. Aunque en la casa hogar de ancianos existe personal que hay que sensibilizado para que brinden atención de enfermería con humanismo todavía.

## 8.- GLOSARIO

Diagnosticar: emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico: es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

Diagnóstico Real: juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

Diagnóstico definitivo: el diagnóstico más específico y correcto.

Diagnóstico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Dominio enfermero: acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

Dominio médico: actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

Intervenciones definitivas: el tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

Resultado: efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones, es decir, la prevención, resolución o manejo del problema.

Factor relacionado: algo que se sabe que está asociado a un problema de salud específico.

Factor de riesgo: algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico.

Diagnóstico de riesgo (potencial): problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas.

Diagnóstico de salud: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor.

## 9.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Caballero .F.M; La salud en la tercera edad: ed. cultural S.A, Madrid
- 2.- Hyver.C., Gutiérrez L.M.R, Geriatria: 1ra Edición Ed. Manual Moderno, México D.F 2006.
- 3.- Landelf S., Palmer R.M., Johnson M.A., Johnton B., William L.L., Diagnostico y tratamiento en geriatría: 1ra Edición Ed. Manual Moderno, México D.F.2005.
- 4.- Kane R.L., Itamar O.G.; Geriatria: 1ra Edición Editorial Manual Moderno México D.F.2006.
- 5.- Henderson V., La naturaleza de la enfermería .Reflexiones 25 años de después: Ed. Interamericana Mc-Graw Hill, Madrid España, 1994.
- 6.-Fernández L R F., Navarro V.; De la teoría a la practica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo xx1:2da.Ed.Masson, Barcelona ,2000.
- 7.- Rodríguez B .A. S.; Proceso Enfermero: Ed. Cuellar, México D.F. 2006.
- 8.-  
[http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesos de atenciondeenfermeria.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesos%20de%20atenciondeenfermeria.htm)



- 9.- Iyer P.B, Bernocchi L.D., Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería: 7ª. Edición Ed. Interamericana México D.F. 1993.
- 10.-Garcia J.G., El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: Escuela de enfermería de Celaya universidad de Guanajuato.
- 11.-Atkinson L.M., Proceso de atención de enfermería 5ª. edición. Ed. Mc.-Graw-Hill. México D.F 1996.
- 12.-Fernandez F.L.R., Navarro V., De la teoría a la practica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo 2ª. Edición, Ed. Masson, Barcelona, España 2000.
- 13.- <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
- 14.- [http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/004005.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/004005.htm)
- 15.- <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap2.pdf>
- 16.- <http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>
- 17.- <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
- 18.- Alfaro, R., Le Fevre, R., Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración: 5º edición Editorial Massón Barcelona, 2003
- 19.- <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/Kalish.html>
- 20.- <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/Maslow.html>

ANEXOS:

## INSTRUMENTO DE VALORACION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO.

### FICHE DE IDENTIFICACIÓN

Nombre V.S.C edad 66 años sexo F

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ escolaridad primaria incompleta

Ocupación asilada estado civil viuda

Lugar de residencia México D.F

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACION

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? no ¿cuál? Ninguno, la paciente presenta el mecanismo de inspiración y expiración normal

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? La anamnesis que se realizo con la paciente fue fallida, ya que la misma se encontraba en una fase de síndrome psicótico, es decir permanentemente tenia periodos de confusión, y no sabía exactamente lo que responder.

¿Usted fuma? No ¿desde hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? \_\_\_\_\_

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabajo puede afectar su Oxigenación? Pues no ¿en qué forma? \_\_\_\_\_

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? No se toman ninguna medida necesaria para la oxigenación,

Fármacos específicos ningunos

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente presenta los músculos intercostales, diafragma normal, el ciclo de la respiración exterioriza un adecuado ciclo de inspiración y espiración, la nariz se encuentra simétrica a los rasgos faciales, narinas adecuadas, así como tabique nasal recto, sin problemas de oclusión respiratoria. Su respiración es normal con amplitud profunda de tórax a la auscultación de los campos pulmonares limpios y ventilados con ritmo cardíaco de buen tono e intensidad sin presencia de soplo, el estado de la piel es seca sin presencia de cianosis tanto en uñas, lóbulo, oreja, labios.

## 2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

¿Qué alimentos consume regularmente?

Carnes rojas tres veces a la semana y los otros dos días favorecen la ingesta de de carne de cerdo, leche huevo en menor cantidad la ingesta de frutas y verduras, regularmente las únicas leguminosas que consumen son los frijoles y las tortillas

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 ¿Qué alimentos prefiere? Primordialmente a los frijoles y tortillas.

¿Qué alimentos le desagradan?

Algunas de las leguminosas y verduras como las habas,, el hígado de pollo, res, moronga, las vísceras.

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? si la paciente cuenta con prótesis dental superior

¿Cuáles? No poder masticar bien los alimentos

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? si ¿Cuales? ensure

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquido la paciente refiere que se pone de mal humor debido a que el déficit en la ingesta de líquidos presenta estreñimiento y por lo mismo se pone más irritable que de costumbre

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No de ninguna manera, refieren que la misma es creyente de la religión católica, acude a la iglesia, todos los miércoles y a los rosarios asiste, la lleva el personal de enfermería o sus mismos compañeros. ¿De qué manera? De ninguna manera

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No debido a que es una persona analfabeta, por lo mismo no tiene el conocimiento de cuantas cantidades o calorías tiene cada porción de alimentos que consumía, y ahora con su demencia, pues tampoco dentro de sus momentos de lucidez no tiene esa capacidad para diferenciar una de otra.

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? Refieren que un 100%

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? Ninguna ¿Cuáles? Nada

Fármacos específicos ningún tipo de narcóticos, ya que la paciente es de muy buen apetito.

## EXPLORACION FÍSICA GASTROINTESTINAL

Peso 36kg

Talla 1.31

Presenta una simetría abdominal, el peristaltismo disminuido debido a su falta de ingesta de líquidos, presenta estreñimiento

### 3. NECESIDAD DE ELIMINACION

¿Cuántas veces evacua al día? 1 cada tercer día ¿Qué características tienen sus heces?

Heces blandas y pastosas

¿Cuántas veces micción al día? 4 o 5 ¿Qué características tiene su orina?

En la mayoría de las ocasiones es amarillo claro, ya que la paciente consume poca cantidad de líquidos.

¿Qué características tiene su menstruación?

Durante la valoración se observa que la paciente ya no menstrua debido a que ya presento el periodo de menopausia aproximadamente a los 40 años, por lo mismo no se puede valorar completamente este apartado.

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? Refiere su cuidadora que se le otorga laxantes naturales.

¿Cuáles? Le dan papaya, jugo de ciruela pasa, ciruela pasa como tal

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? El estreñimiento modificado ¿Cómo influye su estado

emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? La paciente se pone irritable, con cierta terquedad, agresividad, añadida a su demencia como tal.

Fármacos ninguno

### EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA ELIMINACIÓN

La paciente presenta genitales normales anatómicamente, de coloración rosada, tiene déficit en esta necesidad ya que por su mismo estado psicótico no logra controlar esfínteres, se le tiene que colocar pañal desechable, sin sonda vesical,3

Presenta estreñimiento de 3 días, se le realiza desinfectación cada tercer día, obteniendo así un resultado positivo de 400mg, se verifica la ingesta abundante de líquidos.

#### 4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

Demasiado sedentaria, la paciente por su padecimiento no realiza ninguna actividad.

¿Realiza ejercicio? Ninguno ¿Qué tipo de ejercicio? Ninguno

¿Cómo es su tolerancia física cuando realizar ejercicio? Disminuido

¿Cómo influye en ejercicio en su estado emocional? No se conoce ya que no realiza ningún tipo de ejercicio.

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si ¿Cuáles? Presenta cierta paresia en miembros pélvicos.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? si ¿de qué tipo? Silla de ruedas.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? se Refiere que el sitio en donde se encuentra es en planta baja para que la misma pueda moverse y poder ser trasladada.

Fármacos ninguno

#### EXPLORACION FÍSICA

Presenta simetría en miembros torácicos, y miembros pélvicos, necesidad afectada debido a su estado mental se niega rotundamente a caminar, si presenta tono y fuerza muscular en ambas extremidades, pero ella refiere negación absoluta a poder caminar, existen muy esporádicas ocasiones en las que se intenta pararse del reposet y cama pero esos momentos duran aproximadamente como 3 min, y posteriormente regresa a sus periodos de agresividad y negación a la movilidad.

#### 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 10 hrs ¿cuántas horas duerme? 3hrs ¿Se duerme fácilmente? No ¿cree tener alteración del sueño? Si ¿a que considera que se deba estas alteraciones? En la anamnesis la paciente presenta respuestas incoherentes, en los momentos de lucidez manifiesta que está enferma no sabe de qué.

¿Ronca ruidoso? Si ¿usted cree que el roncar es un problema de salud? No coopera para la pregunta

¿Qué ha hecho para solucionarlo? No coopera para contestar la pregunta

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? Manifiesta su cuidadora que cuando se encuentra en sus periodos de psicosis se pone irritable, agresiva, grosera, etc., por lo que es más difícil que logre conciliar el sueño.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudio o trabaja para su descanso y sueño? Refieren que es un lugar cómodo, confortable y acogedor para lograr que concilie el sueño con facilidad

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? No realiza ejercicio para ayudar a que descanse y duerma bien

Fármacos

No utiliza ningún fármaco como auxiliar del sueño \_\_\_\_\_

#### EXPLORACION FÍSICA

La paciente, presenta insomnio, no duerme, suele cantar por las noches y hablar ,gritarle a su sobrino que venga por ella. la única manera con la que puede conciliar el sueño es con los medicamentos anti psicóticos que se le administran y en algunas ocasiones ni aun así, le vienen haciendo efecto por la mañana como eso de las 7 am, y permanece somnolienta la mayor parte del día, durante ese periodo de sueño parece que completa las 5 etapas del sueño, en la mayoría de las veces suele despertarse en la etapa no REM, o en algunas ocasiones en el sueño profundo, etapa 2 o 3 del ciclo que compone el sueño. \_\_\_\_\_

#### 6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? Si\_\_\_ ¿en qué medida? en una totalidad, debido a su demencia, y a su senilidad, este tipo de pacientes, son incapaces de realizar su auto cuidado. \_\_\_\_\_

¿Elige su vestuario en forma independiente? No\_\_\_ ¿Por qué? Por su demencia es incapaz de realizar alguna actividad de la vida diaria ella sola \_\_\_\_\_

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prenda de vestir? Pues debido a sus estados de psicosis es indiferente hacia el vestir bien o no \_\_\_\_\_

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? Tampoco le influye debido a su indiferencia \_\_\_\_\_

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? Le es indiferente, ya que la mayoría del tiempo se encuentra en sus alucinaciones y no se encuentra dentro de la realidad \_\_\_\_\_

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? No coopera para responder esta pregunta \_\_\_\_\_

#### EXPLORACION FÍSICA

La paciente se encuentra en una deficiencia en esta necesidad ya que en sus alucines, la paciente se desviste incoherentemente, no se da cuenta de que debe andar vestida, se quita la bata, no le gusta que la toquen y por lo mismo constantemente tenemos que acudir a cubrirla con la bata o con las sabanas de su cama

#### 7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? De ninguna manera, no se veía intervenida su termorregulación durante la estancia en el instituto.

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted, vive estudia o trabajan? la temperatura, siempre es la adecuada ya que contamos con un calefactor en caso de que haga frío.

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Refieren que utiliza dos o tres cobertores para cubrirse por la noche para evitar que pase frío

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Utiliza suéter, calcetas, cobijas y en caso de extremo frío le colocan guantes\_\_\_\_\_

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? Ninguno\_\_\_\_\_

Fármacos

Ningún tipo de fármaco\_\_\_\_\_

### EXPLORACION FÍSICA

Su temperatura siempre es normal de 36.7°C y se trata de mantenerla estable.

#### 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Con qué frecuencia se realiza el baño? cada tercer día. \_\_\_\_\_

¿A qué hora del día prefiere bañarse? En la mañana\_ ¿cuántas veces se lava los dientes? una vez al día ya que usa prótesis dental. \_\_\_\_\_

¿En qué frecuencia se lava las manos? Solo 2 veces al día cuando va a ingerir los alimentos\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se realiza el corte de uñas? Cada 2 semanas\_\_ ¿Cómo lo hace? Con jabón y agua, refiere que normal como toda la gente\_\_\_\_\_

¿Qué aspecto de la higiene considera más importante? Dentro de sus momentos de lucidez, refiere que es importante para sentir confort y ayudar a las infecciones\_\_\_\_\_

¿Qué significa para usted la higiene? No contesta esa pregunta\_\_\_\_\_

Fármacos Ningunos\_\_\_\_\_

### EXPLORACION FISISCA

Necesidad afectada ya que por su mismo estado demencial, sufre alucinaciones, agresividad y no permite que se le bañe adecuadamente, presenta halitosis, placa dentó bacteriana, la piel se encuentra, seca, sus uñas reseca sin cuarteaduras, rosada, cabello reseco, y sin brillo.

#### 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

¿Cuenta con su esquema completo de vacunación? si ¿Qué vacunas no se le han aplicado? ninguna\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? No realiza ningún tipo de autoexploración\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se realiza la autoexploración física? Nunca se ha realizado algún tipo de exploración \_\_\_\_\_

¿Tienes vida Sexual activa? inactiva ¿Qué preferencia sexual tiene? No responde a la pregunta. ¿Utiliza algún método de protección?

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad pro transmisión sexual? No coopera para la respuesta de esta pregunta\_\_\_\_\_

¿Cuál? No coopera\_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? no\_\_ ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? No contesta la pregunta

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? No coopera para responder esta pregunta\_\_\_\_\_

¿Consumo drogas? No \_\_ ¿De qué tipo? De ninguna\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo y con qué frecuencia? Nunca\_\_\_\_\_

¿Qué opinión tiene sobre el consumo de drogas? No coopera para contestar\_\_\_\_\_

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? Menciona no \_\_ ¿Cuáles? ninguno

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? si\_\_\_\_ ¿Cuál? Alteración en la marcha debido a su demencia senil\_\_\_\_\_

¿En el lugar donde vive, estudia o trabaja, existen peligros que le pudieran provocar daños a la salud? mencionan que no\_\_\_\_\_ ¿Cómo cuales? Ningunos\_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? No coopera para las respuestas\_\_\_\_\_

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? No coopera \_\_\_\_\_

## EXPLORACION FÍSICA

Necesidad cubierta debido a que se encuentra en la institución y se prevén todo tipo de accidentes, los baños tienen antiderrapantes y en las escaleras, una agarradera especial en el baño, tiene zapatos con suela antiderrapante, no la dejan tampoco la dejan salir sola evitando que se vaya a perder.

### 10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

¿Con quién vive? Con sus compañeras que se encuentran en la misma casa hogar.\_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? tiene un l familiar van a visitarla de vez en cuando\_\_\_\_\_

¿Pertenece algún grupo social? No\_\_\_\_\_ ¿A cuál? Ninguno\_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo esta solo? No está sola ya que todo el tiempo esta con sus compañeras. ¿Tiene pareja? no\_\_\_\_\_ ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? No coopera para la respuesta\_\_\_\_\_

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? Si\_\_\_\_ ¿Cuál? Sus alucinaciones como consecuencia de su demencia\_\_\_\_\_

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No\_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? De ninguno\_\_\_\_\_

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo, que limiten la comunicación con los demás? No\_\_\_\_\_ ¿Cuáles? refiere la cuidadora que como esta casi todos



los días sola con ella pues no tiene comunicación con otras personas

---

Fármacos De ningún tipo

#### EXPLORACIÓN FÍSICA

Debido a la Demencia Senil de la paciente, ya que se encuentra pasando por ciertos procesos degenerativos, los cuales afectan la coordinación del habla y la expresión de la paciente, por lo que la misma habla palabras incoherentes e ilógicas, se torna verborrérica, en ocasiones hasta, agresiva,

Paciente de edad cronológica acorde a la aparente, viste ropas de hospital, sujeta de la cintura, grita, ocasionalmente emite palabras incoherentes y otras veces logra establecer un monólogo

La mirada se encuentra perdida aparenta solo tener visión de luz y movimiento, ya que puede acercarse a ella con la luz encendida sin hacer ruido y no voltea en dirección hacia la persona, pero cuando se pone la luz en sus ojos dirige la mirada, se le observa que toma la sabana de la cama e imita movimientos como si tallara una ropa, frotándola entre ambas manos,

#### 11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cual? La religión católica

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? No coopera para contestar esta pregunta. ¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Todos los miércoles ¿Tiene algún problema que limite o impida asistir a su centro religioso? Si ¿De qué tipo? Debido a su demencia senil, la alteración en la marcha y sus alucinaciones no puede ir sola a la capilla y necesita que la acompañen ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No ¿Por qué? Refieren que no obligaba a los integrantes de su familia a profesar la misma religión, por lo tanto respetaba que cada quien tuviera su propia opinión sobre las religiones.

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? No ¿Por qué? Refieren que su enfermedad es independiente a la religión que profesa

¿Qué significa para usted un valor? No coopera para la contestación

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si ¿Por qué? Refieren que si que según esto la paciente con anterioridad respetaba a su prójimo

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? No coopera para contestar

#### EXPLORACIÓN FÍSICA (ver si cuenta con imágenes religiosas)

Necesidad aparentemente cubierta ya que los antecedentes la paciente acude todos los miércoles a la iglesia, donde realiza misa el párroco que acude y reza el rosario

La paciente si presenta imágenes religiosas durante su estancia en el Instituto,

#### 12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

¿Cuál es su rol familiar? No contesto ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? No coopera para la entrevista ¿Por qué? No contesto

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar?

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? No contesto la pregunta

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? No contesto

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Ya no participà en las actividades ya que está en una casa hogar

¿Realiza alguna actividad altruista? No ¿De qué tipo? De ningún

¿Está satisfecho(a) con su manera de pensar y actuar? Refiere que si,

EXPLORACION FÍSICA Debido a su padecimiento, lo que le impide que se relacione con los demás

### 13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No participaba en ninguna

¿Por qué? No le agrada el participar en este tipo de actividades

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? De ninguna forma porque no realiza ese tipo de actividades

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ningunos

¿Con qué frecuencia? Ninguna ¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas ?no ¿Por qué? no contesta a la pregunta

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? No realiza ningún tipo de actividad recreativa

Fármacos

Ningún tipo de medicamento

EXPLORACION FÍSICA: Debido a que la paciente presenta cierta demencia senil con la que le impiden realizar actividades, ya que la mayor parte del tiempo se encuentra con alucinaciones, y en los momentos de lucidez no desea trabajar,

### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Padece de algún problema que interfiere en su aprendizaje? Ninguno

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Qué significado tiene para usted al escuela? No coopera para contestar

¿A qué cree que se deba ese rendimiento? No contesta

¿Cómo influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? no contesta

¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Con ninguna

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? No es analfabeta

EXPLORACION FISICA. Ya que la paciente no concluyo su escolaridad primaria y por lo mismo se le dificultaba escribir, leer, etc., ya que es analfabeta

## PROLAPSO RECTAL

### DESCRIPCION

Protrusión (protuberancia) del tejido recta afuera del ano. El prolapso parcial es la protrusión de la mucosa solamente. El prolapso completo (procidencia) consiste en la protrusión de todo el grosor del recto.

Generalmente afecta a los adultos de más de 60 años y a los niños de 1 a 3 años. El prolapso rectal en niños puede ser un signo de fibrosis quística.

### SIGNOS Y SINTOMAS FRECUENTES

- Una vaga sensación de llenura en la parte inferior del abdomen o del área rectal.
- Secreción rectal de moco a veces con presencia de sangre.
- Una masa firme de tejido que puede palpase en el ano después de una evacuación.
- Dolor al evacuar.

### CAUSAS

La causa exacta se desconoce. Se le conocen factores de riesgo.

### EL RIESGO AUMENTA CON:

- ❖ Fibrosis quística (en los niños).
- ❖ Envejecer.
- ❖ Músculos pélvicos o rectales débiles.
- ❖ Tono del esfínter anal disminuido.
- ❖ Estreñimiento y esfuerzo para defecar.
- ❖ Esclerosis múltiple.
- ❖ Apoplejía, parálisis o tumor espinal.
- ❖ Lesión en la espalda baja o pelvis; enfermedad de los discos lumbares.
- ❖ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ❖ Disfunción de la parte baja de la pelvis.
- ❖ Embarazos múltiples.
- ❖ Hipertrofia prostática benigna.
- ❖ Infecciones parasitarias.
- ❖ Trastornos congénitos (de nacimiento) de la estructura del recto.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS:

- ❖ Las mujeres pueden hacer ejercicios de fortalecimiento pélvico (ejercicios Kegel) para prevenir las recurrencias.
- ❖ No haga fuerza al defecar. Evite tanto el estreñimiento como la diarrea.

#### PRONOSTICO:

Con tratamiento la prognosis es buena. Por lo general, la recuperación es total en los niños.

#### POSIBLES COMPLICACIONES:

- ❖ Úlceras y sangrado en los tejidos que sobresalen permanentemente.
- ❖ Incontinencia fecal.
- ❖ El prolapso rectal puede ocurrir con otro prolapso, como el del útero o de la vejiga.
- ❖ El prolapso rectal puede volver a ocurrir.

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y MEDIDAS GENERALES:

- ❖ El proveedor del cuidado de la salud hará un examen del área rectal. Los exámenes médicos pueden incluir un enema de bario (especial para radiografías) y un examen del área rectal con una colonoscopia o proctosigmoidoscopia.
- ❖ Éstos son dos exámenes visuales del ano y del colon con un instrumento óptico con la punta alumbrada.

- ❖ Se pueden hacer exámenes para fibrosis quística en los niños.
- ❖ El tratamiento varía de acuerdo a la causa subyacente. Debe corregir lo que hace que tenga que esforzarse para defecar.
- ❖ En los niños el prolapso es, por lo general, de carácter temporal.
- ❖ A veces un prolapso menor puede revertirse empujando suavemente el tejido sobresaliente de vuelta al recto.
- ❖ Por lo general, la mayoría de los pacientes necesitan cirugía para reparar el prolapso. Hay varias opciones diferentes disponibles.
- ❖ El proveedor del cuidado de la salud se las explicará y discutirá los riesgos y beneficios. Generalmente la cirugía se hace bajo anestesia general.
- ❖ Use toallas sanitarias o absorbentes para absorber la secreción mucosa.

#### MEDICAMENTOS:

Pueden recetarse medicamentos para ablandar el excremento y evitar el estreñimiento.

#### ACTIVIDADES:

- ❖ La recuperación de la cirugía puede tomar de 4 a 6 semanas. Luego reanude las actividades normales gradualmente.
- ❖ Haga ejercicios de fortalecimiento pélvico para prevenir una recurrencia.

#### DIETA:

- ❖ Tome por lo menos 8 vasos de agua al día. Ingiera una dieta rica en fibras para prevenir el estreñimiento.