



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

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A MUJER ADULTA MAYOR CON
ENFERMEDAD DE HUNGINTON Y ALTERACION
EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

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

PRESENTA:

**LAURA ELOISA CHAVEZ RIVERA
407537374**

ASESORA:

L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

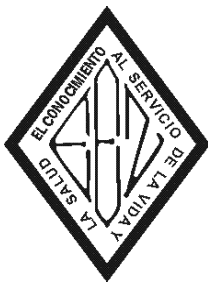


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



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

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A MUJER ADULTA MAYOR CON
ENFERMEDAD DE HUNGINTON Y ALTERACION
EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

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

PRESENTA:

**LAURA ELOISA CHAVEZ RIVERA
407537374**

ASESORA:

**L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA
ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE DEL 2011**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios primeramente por darme la vida, la oportunidad de estudiar y concluir mi carrera profesional.

A mis profesores por el apoyo y conocimientos brindados durante estos 4 años de estudio, por su dedicación y entrega, con el afán de hacer de nosotros, nuevos profesionales de la salud con valores y principios, mediante una ética profesional, bien aplicada. Por la oportunidad de compartir conmigo no solo sus conocimientos, sino por su tiempo, su persona, su amistad y comprensión.

A la Hermana Ignacia Escalera por su asesoría para la realización del presente proceso enfermero.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes siempre se esforzaron por mi superación intelectual y humana. Por la educación y formación que me dieron, así como por la oportunidad de ser alguien en la vida, pues gracias a su apoyo incondicional, ahora veo coronado el logro de mis objetivos.

INDICE

Introducción	5
Justificación	6
Objetivos	7
1.- Metodología	8
2.- Marco Teórico	9
2.1 Antecedentes Históricos de Enfermería	9
2.1 .1. La Enfermería de Hoy	10
2.2 2. Etapas Históricas del Cuidado	12
3.1 Antecedentes Históricos y Evolución del Proceso de Enfermería	14
3.3 .1 Definiciones de Proceso Enfermero	15
3.3 .2 Características del Proceso Enfermero	16
3.3 .3 Objetivo del Proceso Enfermero	17
3.3 4 Etapas del Proceso Enfermero	17
4.- Teorías y Modelos de Enfermería	27
4.1 Modelo Conceptual de Virginia Henderson	27
5. Cuidado Enfermero del Adulto Mayor	33
6. Aplicación del Proceso Enfermero	35
6.1 Valoración de Enfermería	35
6.2 Clasificación de Datos	40
6.3 Jerarquización	44
6.4 Diagnósticos de Enfermería	46
6.5 Plan de Cuidados	48
7. Conclusión	58
7.1 Anexos	59
7.2 Enfermedad de Huntington	60
7.3 Bibliografía	65

INTRODUCCIÓN

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados. A lo largo de los siglos la enfermería va cobrando forma hasta convertirse en una disciplina científica, especializada en los cuidados proporcionados al individuo, familia y comunidad.

El proceso enfermero es un método que utiliza la enfermera para brindar cuidados personalizados a través de acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades y la resolución de los problemas reales o potenciales de salud de los individuos o de la población. Valorado además como una de las herramientas por excelencia para lograr la profesionalización de enfermería.

En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno. En 1980 la ANA (American Nurses Association) definió la enfermería como: “El diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales”.

El cuidado enfermero de los ancianos conlleva una serie de problemas debido a la gran variabilidad del estado de salud fisiológico, cognitivo y psicosocial que presentan.

En el presente trabajo, se describe el proceso de atención de enfermería, que fue aplicado a una paciente adulto mayor en su domicilio con diagnóstico médico de la enfermedad de Huntington, para este trabajo se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson en las 14 necesidades.

La valoración de enfermería, se sustenta en el modelo teórico mencionado, con diagnósticos e intervenciones específicas al paciente de acuerdo a sus necesidades humanas, reales, potenciales de acuerdo a su patología.

En la parte final se incluyen los anexos, fisiopatología de la enfermedad, guías de valoración y bibliografía.

JUSTIFICACIÓN

Aunque nuestro país se considera joven y productivo, a partir de la década de los 90s, ha surgido alarma por parte de las autoridades sociales y de salud, sobre la considerable inversión de la pirámide poblacional debido a la baja natalidad.

Actualmente hay 654 millones de adultos mayores en el planeta, que representan 10.2 por ciento de la población mundial, y se espera que en el 2030 sean 1 348 millones (16.6%). En México hay 7.9 millones de adultos mayores de los cuales 3.5 millones son mayores de 70 años y se prevé que para el 2010 habrá 9.9 millones y 22 millones en 2030. (INEGI)

En la actualidad, ocho de cada cien habitantes de nuestro país son adultos mayores, es decir, tienen 60 ó más años de edad. La práctica de enfermería en los próximos años estará enfocada al cuidado de los adultos mayores debido a la disminución de la tasa de natalidad, lo cual está generando dentro de la población un cambio importante, como es el incremento de la población de pacientes geriátricos, en el que el personal licenciado en enfermería está capacitado para brindar cuidados integrales, de calidad y humanismo a esta población.

Por este motivo con gran interés y dedicación se ha realizado este proceso enfermero a una paciente adulta mayor, con enfermedad de Huntington, con el fin de brindarle cuidados holísticos e integrales que mejoren su estado de salud y contribuya a mejorar su calidad de vida, ya que, esta patología presenta una serie de problemas que afectan el estado de salud de la persona conforme a su evolución.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados de enfermería de forma holística a una usuaria adulto mayor con enfermedad de Huntington y alteración en la necesidad de evitar peligros, contribuyendo con ello a la mejora de dicha necesidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realización la valoración con las 14 necesidades de Virginia Henderson, que permite evaluar a la usuaria de manera integral.
- Elaboración de diagnósticos de enfermería una vez analizados los datos objetivos y subjetivos.
- Elaboración de un plan de cuidados, jerarquizando y programando actividades que mejoren la condición de salud de la usuaria.
- Aplicación de los cuidados y evaluación de los mismos.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha aplicado el proceso de enfermería como un recurso que asegura al profesional, la sistematización del cuidado, la individualización del mismo y el abordaje holístico en cada una de las etapas del proceso.

El proceso se realizó en casa de la señora Guadalupe, con consentimiento de sus familiares debido a las condiciones de salud en que se encontraba. Se recabó información por parte de sus familiares quienes dieron el consentimiento de realizar el presente trabajo, a partir del 23 de febrero del año 2010 a marzo 2011.

Se dio inicio con la realización de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, realizada a los familiares y de forma visual a la señora, no directamente a ella debido a su demencia. Se prosiguió hacer los diagnósticos de enfermería de las necesidades alteradas y jerarquizarlas, seguido de la realización de planes de cuidados, actividad con su respectiva justificación, que satisficieran las necesidades de la Señora Guadalupe.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

La esencia de la enfermería es proporcionar cuidados holísticos al individuo, a la familia y a la comunidad. Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge con un carácter propio e independiente.

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

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

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner.

La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

2.1.1 LA ENFERMERÍA DE HOY

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión calificada que precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes del autocuidado y la asesoría nutricional.¹

Enfermería se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, de conservación que facilitan a la persona o grupos con necesidades, el poder mejorar sus condiciones de vida o anticiparse a esas necesidades; todo ellos en una relación de participación. Se entiende por cuidado todas las necesidades que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del (los) grupo (s) a que se pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo y autónomo de su propia salud.

El desafío actual de la enfermería es desarrollar y mantener la dimensión humana del cuidado pues nos encontramos “en una

¹ *García Martín-Caro Catalina, Martínez, Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Editorial ELSEVIER; Madrid España 2007, Pág. 151.*

sociedad cuyos valores están centrados en la tecnología, el dinero, la estrategias del mercado y las organizaciones administrativas eficientes donde la dignidad humana parece no tener la misma dignidad”.

El acto del cuidado de enfermería se ha definido como “el ser y la esencia de la profesión”, se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto del cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.²

² Prieto Parra Gloria Inés. *Cuidado De Enfermería. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Volumen 4 Número 2. Agosto 2007. Pág. 20.*

2.2 ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

2.2.1 ETAPA DOMÉSTICA

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas.³

2.2.3 ETAPA VOCACIONAL

El calificativo vocacional de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana en la cual se atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. En la etapa vocacional los conocimientos de tipo teórico nulo y procedimientos simples. Lo que realmente era importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

2.2.4 ETAPA TÉCNICA

El desarrollo de esta etapa se basa a la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad.

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica, que se produjo lentamente desde el renacimiento, tuvo su máximo exponente en el siglo XIX. Fue en aumento la tecnología y fueron apareciendo instrumental y aparatos cada vez más complejos.

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

³ *García Martín Catalina. Martínez Martín María Luisa. Historia de la enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. 5 Edición, Editorial Harcourt, España 2001. Pág. 15*

2.2.5 ETAPA PROFESIONAL

Las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.⁴

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

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

⁴ *García Martín Catalina. Martínez Martín María Luisa. Historia de la enfermería, Evolución Histórica del cuidado Enfermero. 5 edición, editorial Harcourt, España 2001. Pág. 20*

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar, el proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución de problemas en un intento por definir las acciones de enfermería.⁵

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Todo basado en un compendio de teóricas. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describió un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

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

⁵ P. W. Lyer B.J. Tapich D. Bernochi, *Proceso y Diagnostico De Enfermería. 3 Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1997 Pág. 9.*

3.1 DEFINICIÓN DE PROCESO ENFERMERO

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

La NANDA define el proceso enfermero como: Un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso enfermero es la herramienta básica de enfermería, que marca la diferencia del cuidado independiente, dependiente e interdependiente.

Para la NANDA, proceso enfermero es una teoría sobre cómo los enfermeros organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades.⁶

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería en el sentido de que proporciona al mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.⁷

⁶ NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros.2009-2011*.Elsevier.Pag.10

⁷ P. W. Lyer B.J. Tapich D. Bernochi, *Proceso y Diagnóstico De Enfermería. 3 Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1997 Pág. 10.*

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad del otorgamiento de los cuidados.

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

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

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.

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

Es flexible por que puede aplicarse a los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

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

3.3 OBJETIVO DEL PROCESO ENFERMERO

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

3.4 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

3.4.1 VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente-familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

La primera directriz define la necesidad de la recogida de datos, se establezcan prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, los datos se reúnen mediante técnicas adecuadas, se haga participar en la recogida de datos a los clientes, a los seres queridos y a los prestadores de atención sanitaria, cuando esté indicado; la recogida será el resultado de un proceso sistemático y continuo; y que los datos estén documentados de forma recuperable.

3.4.1.1 TIPOS DE DATOS

Durante la valoración se recogen cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

- Datos Subjetivos

Se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.

Estos datos se obtienen durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre su estado de salud del cliente, algunos ejemplos son: descripción sobre dolor, debilidad, etc.

- Datos Objetivos

Consiste en información observable y medible. Habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto), durante la exploración física del cliente, como ejemplo son: los signos vitales, peso, temperatura, talla, etc.

- Datos Históricos

Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Por ejemplo: hospitalizaciones previas, cirugías, enfermedades crónicas.

- Datos Actuales

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, algunos ejemplos: tensión arterial, dolor, vómito.

3.4.1.2 MÉTODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- Entrevista

Este método tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de enfermería:

- 1.- Le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- 2.-Facilita su relación con el cliente creando una oportunidad para el diálogo.

3.- Permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.

4.- Le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

- 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. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos: vista, oído, olfato y sensibilidad.⁸

- Exploración Física

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

Inspección: Se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales, es un tipo de información enfocado en conductas o características específicas. Define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

Palpación: Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, esta técnica le permite evaluar: tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

⁸ Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, *Proceso Enfermero, Ediciones Cuellar, Pág. 56.*

Percusión: Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos, esto permite determinar: tamaño, densidad, límites de un órgano y localización.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede utilizar la auscultación directa solo con el oído, para detectar sonidos como el jadeo. Esta técnica se utiliza con mayor frecuencia para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Les permitirá identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos.

3.4.1.3 VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

3.4.1.4 REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

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

3.4.2 DIAGNÓSTICO

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

En la conferencia plenaria de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 1990 se aceptó una definición más global de la enfermería y se consideró aceptable la siguiente definición:

“El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre la respuesta individual, familiar o comunitaria ante los problemas sanitarios o procesos vitales reales o potenciales”⁹

Durante esta fase analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, precauciones y respuestas humanas del cliente.

Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que, se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado.¹⁰

Los diagnósticos están compuestos por:

- Dominio: Esfera de actividad, estudios o intereses.

⁹ Burke Mary M. *Enfermería Gerontológica: Cuidados Integrales Del Adulto Mayor*. Editorial Harcourt Brace. España. Pág. 600.

¹⁰ Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, *Proceso Enfermero*, Ediciones Cuellar, Pág. 55

- Clase: subdivisión de un grupo, una clasificación de personas por su calidad, grupo o grado.
- Etiqueta Diagnóstica: Proporciona el nombre para el diagnóstico.
- Código: se refiere a los 5 dígitos asignados a un diagnóstico enfermero compatible con las recomendaciones de la WILM respecto a los códigos de las terminologías de los cuidados de la salud.¹¹

3.4.2.1 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

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

- De alto riesgo: Es un juicio clínico acerca de la vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

- De bienestar: Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

¹¹ NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros.2009-2011.Elservier.Pag.432.*

3.4.2.2 ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

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

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

- De alto riesgo: se emplean únicamente dos partes problemas + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia y o comunidad a un acontecimiento nocivo.

-De bienestar: para la formulación de los diagnósticos de bienestar o salud, estos únicamente llevan solo el elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras “potencial de aumento o potencial de mejora de”.

3.4.3 PLANEACIÓN

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

Esta fase es la documentación real del plan de cuidados. Durante la planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería.

La fase de planificación consta de cuatro etapas:

1.- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnósticos. Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

2.- Elaboración de objetivos. Es fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ello se mide el éxito, se dirigen las acciones para dar solución en un plan determinado al valorar el logro de los resultados.

3.- Desarrollo de intervenciones de enfermería. Es describir las actuaciones de enfermería que conducen a la consecución de los resultados propuestos.

Las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

4.- Documentación del plan. Es el registro de los diagnósticos de enfermería; de los resultados y de las actuaciones de forma organizada en el plan de cuidados.

Es el registro que la enfermera (o) realiza y le permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

3.4.4 EJECUCIÓN

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familiar. El plan de cuidados se utiliza como guía. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- 1.- Preparación
- 2.- Intervención
- 3.- Documentación

1) Preparación

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del plan.

- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación; tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

2) Intervención

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

3) Documentación

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

3.4.4.1 EVALUACIÓN

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

La evaluación se lleva a cabo planteando las siguientes preguntas:

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

La evaluación del proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos. Identificar las variables que afectan, es decir, si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.¹²

4. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

La historia de la enfermería profesional empieza con Florencia Nighingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos.

4.1 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

4.1.1 BIOGRAFÍA

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri; fue la quinta de ocho hermanos.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York se licenció como profesora de enfermería y posteriormente realizó un máster.

En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

¹² Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, *Proceso Enfermero*, Ediciones Cuellar, Pág. 93

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".

4.1.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente.

Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

La definición de rol fundamental de la enfermera elaborado por Virginia Henderson:

Consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el sólo si tuviera fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados y cumplir con sus funciones,

de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.¹³

4.1.3 POSTULADOS

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

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

Necesidad vital. Es todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia. Es la satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia. Es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia. Es el cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

¹³ I. Riooelle, I Grondin, M. Phaneuf. *Cuidados de Enfermería. Proceso Centrado En Las necesidades De La Persona*. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill, Primera Edición, 1993, Pág.352.

Manifestación. Son signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad. Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir, los orígenes o causas de una dependencia.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta conocimiento y falta de voluntad.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

4.1.4 VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

4.1.5 CONCEPTOS

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos. Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente. Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.

Rol de la enfermera. Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Intervenciones. El centro de intervención es la dependencia del sujeto. Consecuencias deseadas. Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

4.1.6 14 NECESIDADES

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación.
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otras personas.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

4.1.7 METAPARADIGMA

- ENFERMERÍA

La función única de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) y que esté podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. A sí mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.¹⁴

- SALUD

Henderson mencionó muchas definiciones de salud. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba, es más importante la calidad de salud que la vida en sí misma.

- ENTORNO

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

- PERSONA

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

¹⁴ Ann Marnier Toney, Martha Ríale, *Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial Mosby, Madrid España, 2003, Pág. 108.*

5. CUIDADO ENFERMERO DEL ADULTO MAYOR

El cuidado enfermero de los ancianos conlleva una serie de problemas debido a la gran variabilidad del estado de salud fisiológico, cognitivo y psicosocial que presentan. Estos individuos también pueden poseer grados de capacidad funcional ampliamente variables.

La valoración enfermera del anciano es un proceso complejo y lleno de desafíos. Es preciso tener en cuenta 5 puntos clave para garantizar un enfoque específico para esta edad. (1) la interrelación entre los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento; (2) los efectos de la enfermedad y la invalidez sobre el estado funcional; (3) la menor eficacia de los mecanismos homeostáticos, (4) la falta de estándares para normas de salud y enfermedad, y (5) la presentación y respuesta alteradas a enfermedades específicas.

Los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento se encuentran estrechamente relacionados. Para la persona de edad avanzada, la menor capacidad de respuesta al estrés, la experiencia de múltiples pérdidas y los cambios físicos asociados con el proceso normal del envejecimiento pueden combinarse para situar a la persona en una posición de riesgo de enfermedad y deterioro funcional. Aunque la interacción de estos factores físicos y psicosociales puede ser importante, la enfermera no debe asumir que todos los ancianos presentan signos, síntomas o conductas que representan enfermedad y deterioro. Es necesario identificar los puntos fuertes y las capacidades del adulto durante la valoración.

La enfermera debería, por tanto, valorar la existencia de valores al estrés, así como sus manifestaciones físicas y emocionales.

La enfermera gerontológica se dedica a la valoración del estado de salud y funcional de ancianos, al diagnóstico, a la planificación y a la implementación de cuidados y servicios para cubrir las necesidades existentes y a la evaluación de la eficiencia de estos cuidados.

Considera el cuidado enfermero de ancianos no únicamente como el tratamiento de la enfermedad, sino como el arte y la práctica de guiar, cuidar y consolar.

6. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO
6.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN
VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES

DATOS GENERALES:

Se trata de la Señora Guadalupe de 74 años edad, originaria y residente de la ciudad de Zamora Michoacán; católica, dedicada al hogar, divorciada hace 15 años, actualmente con enfermedad de Huntington, por lo cual ya no realiza ninguna actividad productiva. Tuvo 8 hijos, 4 hombres y 4 mujeres. Benjamín de 49 años, Jorge 46, Rubén 40 y Anselmo de 41 años, Angélica 39 años, Martha 50, Ana María 53 y Maribel de 47 años que es con la que vive la señora Guadalupe, junto con su yerno y tres nietas.

Oxigenación

Tiene buena ventilación pulmonar con adecuada entrada y salida de aire. Está en contacto con fumadores durante los fines de semanas por estancia de media hora a una hora. Signos vitales T/A 110/70, respiraciones 22 por minuto, pulso 78 por minuto. Su habitación tiene buena ventilación, ella se encuentra consciente en cuanto a persona, no en tiempo y espacio, pues no es capaz de identificar donde se encuentra o qué fecha es. Se observan várices en ambos miembros pélvicos.

Nutrición e hidratación

Su dieta habitual es adecuada en calidad y cantidad, consume frutas 3/7, verduras 4/7, carnes rojas 3/7, cereales 2/7, pan 7/7. Número de comidas diarias 3 con 1-2 colaciones, tiene problemas en su masticación, porque tritura pocas veces el alimento antes de tragarlo, tiene todas sus piezas

dentales, consume de 2-3 vasos de agua al día, anteriormente consumía de 1-2 litros al día de refresco de cola.

Piel seca, con algunas abrasiones, mucosas hidratadas, uñas de las manos quebradizas, en los pies se percibe micosis. Cabello bien implantado sin lesiones en cuero cabelludo. Sus encías sonrosadas, caries en todas sus piezas dentales y halitosis, su movilidad física es limitada, con mala coordinación y marcha bamboleante. Es parcialmente dependiente para su alimentación, no puede realizarlo por sí misma debido a la presencia de temblores que provocan que tire el alimento.

Cada vez resulta más difícil su alimentación dado que ya no toma tanta importancia, ingiriendo de dos a tres cucharadas de alimento y después soltando el plato y deja de comer, por lo cual requiere ser alimentada por otra persona y brindarle alimentos suaves y fáciles de deglutir.

Necesidad de Eliminación

Estreñimiento crónico que inicia con el desarrollo de su enfermedad, evacúa cada 3 ó 4 días heces duras y secas, micciones de 3 a 4 al día de color amarilla oscura con olor penetrante, no acude al baño para satisfacer esta necesidad, debido al deterioro mental que presenta, requiere vigilancia y apoyo. Durante la noche usa pañal, anteriormente padeció infección de vías urinarias recurrentes asociado al consumo elevado de refresco de cola.

A la inspección se encuentra abdomen blando sin dolor, en la auscultación peristaltismo presente, no utiliza laxantes, en sus alimentos se tienen la precaución de incluir fibra para mejorar su eliminación, vejiga sin globo vesical.

Necesidad de Termorregulación

Es parcialmente dependiente, en temporada de frío requiere cobijas extras para mantenerse normotérmica. Uso de calcetas que mejoren la temperatura de sus pies, que se ponen fríos, se observa cianosis en miembros pélvicos, no realiza ningún tipo de ejercicio.

Necesidad De Moverse y Mantener una Buena Postura

Actividad física moderada, sus hábitos de descanso durante el día van desde recostarse y sentarse en una silla con frecuencia. Peso: 51 kg Talla: 1.55 mts, IMC 21.22. Su fuerza es disminuida y con poca flexibilidad, adquiere posturas por sí sola, con facilidad pierde el equilibrio y se cae, presenta temblores de cabeza, brazos, piernas. En general se percibe tranquila, solo ocasionalmente presenta desesperación y agresividad.

Necesidad de Descanso y sueño

Su horario de descanso por lo regular es durante la tarde, pero varía porque requiere de medicamentos para conciliar el sueño, duerme un promedio de 12 horas con la ingesta de medicamentos y sin ellos su horario de sueño es variable, con lapsos cortos de sueño. Su estado emocional oscila; entre estar tranquila, tener periodos de desesperación y ansiedad. Su atención y concentración a los cuestionamientos que se le realizan es limitada. Requiere de ayuda por parte de sus familiares para levantarse, todos los días sigue la rutina de levantarla, cambiarla de ropa y quitarle el pañal sucio. No puede por sí misma hacer esta actividad.

Uso de Prendas de Vestir Adecuadas

Su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es limitada. Requiere de ayuda. Cuando lo hace por sí misma se pone la ropa al revés o de forma incompleta.

Necesidad de Higiene y Protección de Piel

Baño cada tercer día con ayuda del familiar por las tardes. Le realizan aseo de manos antes de comer y después de ir al baño. Aspecto general descuidado, requiere de asistencia para su arreglo personal, ya que a ella no le agrada o no lo recuerda. Se observan algunas lesiones dérmicas en rodillas y brazos secundarios de una caída que sufrió. Presenta halitosis.

Necesidad de Evitar Peligros

Vive en casa de una de sus hijas, las condiciones del ambiente en su hogar son buenas e higiénicas, con adecuada ventilación, existen algunos escalones que le han causado caídas. Tiene movimientos repetitivos tipo temblores de cara, manos y pies, no tiene una buena coordinación muscular.

Necesidad de Comunicarse

Divorciada, tuvo 15 años de relación con su pareja, su rol en la estructura familiar es el de madre, suegra y abuela, no comunica sus problemas, solo a veces externa recuerdos que vienen a su mente, tiene pocos contactos sociales. Solo con los familiares que llegan a visitarla. No habla con claridad. Al hacerle alguna pregunta su respuesta es la misma oración que se le dijo, presenta dificultad para articular palabras, pocas veces contesta lo que se le está cuestionando, habla poco con su familia.

Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

De religión católica, dentro de su inconsciencia, repite con frecuencia este hecho. Aunque ya su estado de salud no le permite asistir a misa. Permite el contacto físico.

Necesidad de Trabajar y Realizarse

Sus hijos se han hecho cargo de sus gastos todo el tiempo, ahora tras haberse agudizado el padecimiento vive con una hija, anteriormente pasaba temporadas en casa de 2 hijos, por periodos de una semana, esto le era molesto, optando por vivir solo con una de sus hijas, Maribel su cuarta hija de 8, quien se hace responsable de ella. Depende económicamente de todos sus hijos para la compra de sus medicamentos.

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

No realiza ninguna actividad en su tiempo libre. Su sistema neuromuscular se encuentra afectado, tiene limitación para realizar actividades.

Necesidad de Aprendizaje

Estudió solo la primaria, su sistema nervioso se encuentra alterado, cambiando de humor frecuentemente. Tiene limitaciones cognitivas que reflejan en su falta de concentración y memoria.

Memoria reciente limitada, no recuerda lo que le acaban de decir, pero sí recuerda sus vivencias pasadas.

**6.1 CLASIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y
SUBJETIVOS**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICION PD. TD. IDP
1.- OXIGENACION	T/A 110/70, respiraciones 22 por minuto. Consciente en cuanto a persona pero no en tiempo y espacio.	Ventilación pulmonar con adecuada entrada y salida de oxigeno.	IDP
2.- NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATACION	Problemas de masticación. Piezas dentales completas. Piel seca. Micosis en ambos pies. Dientes con caries, halitosis. Requiere ayuda para alimentarse. Requiere alimentos suaves y fáciles de deglutir.	Consume, frutas 3/7, verduras 4/7, carnes rojas 3/7, cereales 7/7, pan 7/7. Numero de comidas diarias 3 con 1-2 colaciones. Consumía de 1-2 litros al día de refresco de cola. Consume de 2-3 vasos de agua al día.	PD
3.- ELIMINACION	Requiere vigilancia y apoyo para acudir al baño. Usa pañal por las noches. Peristaltismo presente. Vejiga sin globo vesical	Estreñimiento crónico. Evacua cada 4 o 5 días. Micciones de 3 a 4.	TD
4. MOVES Y MANTENER LA POSTURA	Fuerza es disminuida, poca flexibilidad. Adquiere posturas por sí sola. Pierde el equilibrio y se cae. Presenta temblores de	Actividad física moderada. Descanso durante el día van desde recostarse y sentarse en una silla con frecuencia	PD

	<p>cabeza, brazos, piernas. Consciente pero desorientada en tiempo y espacio. Movilidad física limitada. Mala coordinación y marcha bamboleante. Ocasionalmente presenta desesperación y agresividad.</p>		
<p>5.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.</p>	<p>Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es limitada. Requiere de ayuda.</p>		<p>TD</p>
<p>6.- DESCANSO Y SUEÑO.</p>	<p>Estado emocional varía; entre estar tranquila, tener periodos de desesperación y ansiedad. Requiere de ayuda por parte de sus familiares para levantarse. No puede por sí misma cambiarse al levantarse.</p>	<p>Descanso por lo regular es durante la tarde. Horario de sueño varía ya que requiere de medicamentos para conciliar el sueño. Duerme un promedio de 5 horas por las noches.</p>	<p>TD</p>
<p>7.- TERMORREGULACION.</p>	<p>En temporada de frío requiere cobijas extras para mantenerse normotérmica. Cianosis en miembros pélvicos.</p>	<p>No realiza ningún tipo de ejercicio.</p>	<p>PD</p>

<p>8.- HIGIENE Y PROTECCION.</p>	<p>Aspecto general descuidado. Requiere de asistencia para su arreglo personal. Lesiones dérmicas en rodillas y brazos secundarios a de una caída que sufrió.</p>	<p>Baño cada tercer día con ayuda del familiar por las tardes. Le realizan aseo de manos antes de comer y después de ir al baño.</p>	<p>TD</p>
<p>9.- EVITAR PELIGROS</p>	<p>Las condiciones del ambiente en su hogar son buenas e higiénicas. Existen algunos escalones que le han causado caídas. Presenta movimientos repetitivos tipo temblores de cara, manos y pies, por lo cual no tiene una buena coordinación muscular.</p>	<p>Vive en casa de una de sus hijas, la cuarta de 8.</p>	<p>TD</p>
<p>10.- COMUNICACIÓN.</p>	<p>Pocas veces contesta lo que se le está cuestionando. Habla poco con su familia. Dificultad para articular palabras.</p>	<p>Divorciada. Solo a veces externa recuerdos que viene a su mente, tiene pocos contactos sociales.</p>	<p>PD</p>

11.- DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES	Estado de salud no le permite asistir a misa. Permite el contacto físico.	De religión católica.	TD
12.- TRABAJA Y REALIZA R-SE.	Vive con una de sus hijas, su cuarta hija de 8.	Sus hijos se han hecho cargo de sus gastos todo el tiempo, depende económicamente de ellos para la compra de sus medicamentos.	PD
13.- RECREACION.	Su sistema neuromuscular se encuentra afectado, tiene limitación para realizar actividades.	No realiza ninguna actividad en su tiempo libre.	TD
14.- DE APRENDIZAJE.	Su sistema nervioso se encuentra alterado, cambiando de humor frecuentemente. Memoria reciente limitada, no recuerda lo que le acaban de decir, pero sí recuerda sus vivencias pasadas.	Estudio solo la primaria. Tiene limitaciones cognitivas que reflejan en su falta de concentración y memoria.	TD

6.3 JERARQUIZACIÓN

Diagnóstico: DOMINIO 11 Seguridad Protección, CLASE 2 Lesión física. Riesgo de caídas relacionado con alteración del equilibrio. CÓDIGO 00155, NANDA 2009-2011:306.

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado alimentación relacionado con deterioro de la capacidad motora y mental manifestado por incoordinación para manejar los utensilios y masticar pocas veces el alimento. CÓDIGO: 00102, NANDA 2009-2011:151.

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad/Reposo, CLASE 4 Autocuidado, Déficit de autocuidado baño higiene relacionado con dificultad de la usuaria para realizarlo por sí sola manifestado por incapacidad para apreciar dicha necesidad, bañarse, peinarse, cepillarse los dientes. CÓDIGO: 00108, NANDA 2009-2011:152.

Diagnóstico: DOMINIO 3 Eliminación e Intercambio, CLASE 2 Función Gastrointestinal. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por disminución de la frecuencia de las evacuaciones CÓDIGO: 00011, NANDA 2009-2011:102.

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado uso del inodoro relacionado con demencia y de la capacidad para el traslado manifestado por no llegar hasta el baño, levantarse del sanitario antes de terminar de satisfacer su necesidad, no acudir al baño CÓDIGO: 00110, NANDA 2009-2011:153.

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad reposo CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado de vestido relacionado con demencia manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse la ropa, abrocharse, quitarse los zapatos. CÓDIGO: 00109, NANDA 2009-2011:154.

Diagnóstico: DOMINIO 5 Percepción/Cognición, CLASE 4 Cognición. Deterioro de la memoria relacionado con enfermedad neurológica manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos recientes, incapacidad para retener información. CÓDIGO: 00131, NANDA 2009-2011.171.

Diagnóstico: DOMINIO 10 Principios vitales, CODIGO 5. Valores creencias. Disposición para mejorar la religiosidad manifestado por interés en la participación del rezo. Código 00171. NANDA 2009-2011: 296.

6.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.	DOMINIO 11 Seguridad Protección, CLASE 2 Lesión física. Riesgo de caídas relacionado con alteración del equilibrio. CÓDIGO 00155, NANDA 2009-2011:306.
NECESIDAD DE ALIMENTARS E E HIDRATACIÓN	DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado alimentación relacionado con deterioro de la capacidad motora y mental manifestado por incoordinación para manejar los utensilios y masticar pocas veces el alimento. CÓDIGO: 00102, NANDA 2009-2011:151.
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN	DOMINIO 4 Actividad/Reposo, CLASE 4 Autocuidado, Déficit de autocuidado baño higiene relacionado con dificultad de la usuaria para realizarlo por sí sola manifestado por incapacidad para apreciar dicha necesidad, bañarse, peinarse, cepillarse los dientes. CÓDIGO: 00108, NANDA 2009-2011:152.
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	DOMINIO 3 Eliminación e Intercambio, CLASE 2 Función Gastrointestinal. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por disminución de la frecuencia de las evacuaciones CÓDIGO: 00011, NANDA 2009-2011:102.
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado uso del inodoro relacionado con demencia y de la capacidad para el traslado manifestado por no llegar hasta el baño, levantarse del sanitario antes de terminar de satisfacer su necesidad, no acudir al baño CÓDIGO: 00110, NANDA 2009-2011:153.
NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	DOMINIO 4 Actividad reposo CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado de vestido relacionado con demencia manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse la ropa, abrocharse, quitarse los zapatos. CÓDIGO: 00109, NANDA 2009-2011:154.

<p>NECESIDAD DE APRENDIZAJE</p>	<p>DOMINIO 5 Percepción/Cognición, CLASE 4 Cognición. Deterioro de la memoria relacionado con enfermedad neurológica manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos recientes, incapacidad para retener información. CÓDIGO: 00131, NANDA 2009-2011.171.</p>
<p>NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES</p>	<p>Diagnóstico: DOMINIO 10 Principios vitales, CODIGO 5. Valores creencias. Disposición para mejorar la religiosidad manifestado por interés en la participación del rezo. Código 00171. NANDA 2009-2011: 296.</p>

6.5 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Evitar peligros

Diagnostico: DOMINIO 11 Seguridad Protección, CLASE 2 Lesión física. Riesgo de caídas relacionado con alteración del equilibrio. CÓDIGO 00155, NANDA 2009-2011:306.

Dependiente/PID, ID: TD

Objetivo: La enfermera y la familia mantendrán vigilancia continua para evitar caídas de la señora Guadalupe.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se recomienda a los familiares la vigilancia estrecha a Doña Guadalupe. Acompañar a la señora Guadalupe cuando vaya al baño y cuando deambula.</p> <p>Se sugiere el uso de zapato firme y cerrado.</p>	<p>El índice de caídas se incrementa de forma sustancial en el paciente geriátrico. (Riopelle, I Grondin 1993, Pág.352.)</p> <p>Los zapatos firmes brindan al usuario un mejor equilibrio y le protegen de la inestabilidad en las superficies irregulares. (Riopelle, I Grondin 1993, Pág.358.)</p>	<p>Se logró disminuir las caídas mientras el personal de enfermería la acompañaba, sin embargo, no hubo demasiado apoyo por parte de la familia.</p> <p>Por su situación mental no se pudo mantenerse sentada por periodos largos, se logró el uso de zapatos firmes.</p>

6.6 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De alimentarse e Hidratación.

Diagnostico: DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado alimentación relacionado con deterioro de la capacidad motora y mental manifestado por incoordinación para manejar los utensilios y masticas pocas veces el alimento. CÓDIGO: 00102, NANDA 2009-2011:151.

Dependiente/PID, ID : PD

Objetivo: La señora Guadalupe mejorará sus hábitos alimenticios, su individualidad y autonomía participando en su alimentación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Lavado de manos a la señora antes de que ingiera sus alimentos.	La higiene es indispensable para mantener un buen estado de salud. (Juall Carpenito Lynda. 2002: 435)	Se logró implementar el lavado de manos siempre antes de cada alimento.
A la hora del desayuno, comida y cena, sentarla cómodamente, vigilar su alimentación, sentarme cerca de ella.	La gravedad ayuda a la deglución y la aspiración se disminuye cuando se está sentado recto (Juall Carpentino Lynda, 2002:323).	Se logró mantenerla sentada a la hora de tomar sus alimentos en una misma posición por corto tiempo, por lo menos cuando se alimentaba.
Durante su alimentación se le proporcionaran estímulos verbales para mejorar su conducta al sentarse a la mesa, debido a que se levanta en repetidas ocasiones de la mesa, se le coloca una mano firme en el hombro, que le indique que no se debe de levantar y	Los estímulos de extinción de conducta emocionalmente neutros son útiles para fomentar que permanezcan sentados y aumente la ingesta de comida. (Beattie y Algase, 2002:175).	

<p>permanezca sentada.</p> <p>Asistirle en el uso de utensilios para su alimentación, apoyando su coordinación, indicándole usar la cuchara, plato, vaso, de material de plástico.</p> <p>Apoyarle a ingerir poca cantidad de alimento y dar lapsos de tiempo entre cucharadas, indicándole masticar más ocasiones su alimento.</p> <p>Proporcionar lavado dental después de cada comida.</p>	<p>Los mecanismos de adaptación aumentan la independencia (Needham, 1993:567).</p> <p>El usuario debería ser un participante activo en la alimentación en lugar de ser un receptor pasivo de comida, las indicaciones verbales aumentan la alimentación (Osburn y Marshall, 1993).</p> <p>Una pequeña cantidad de comida es la mejor práctica para la alimentación en al caso de demencia. (Pelletier, 2004: 534).</p> <p>La incidencia de neumonías disminuye cuando se realiza aseo bucal después de cada comida (Maher y cols, 1998: 177).</p>	<p>El uso de los utensilios en su alimentación, como el uso de la cuchara es algo que aun puede mantener por sí sola aunque por periodos cortos.</p> <p>La actividad no se logró del todo, debido a que es difícil para la paciente seguir indicaciones y mas tratándose de su alimentación.</p> <p>Se mejoró la trituración de los alimentos.</p> <p>El aseo bucal se realizó cuando estuve con la paciente, ya que para esta actividad hay poco apoyo por parte de los familiares.</p>
---	---	--

6.7 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De Higiene y Protección De Piel.

Diagnostico: DOMINIO 4 Actividad/Reposo, CLASE 4 Autocuidado, Déficit de autocuidado baño higiene relacionado con dificultad de la usuaria para realizarlo por sí sola manifestado por incapacidad para apreciar dicha necesidad, bañarse, peinarse, cepillarse los dientes. CÓDIGO: 00108, NANDA 2009-2011:152.

Dependiente/PID, ID: TD

Objetivo: La señora Guadalupe realizará las actividades de baño e higiene personal con ayuda del cuidador.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Realizar baño de regadera. De no poder llevarlo a cabo diariamente se realizará limpieza del cuerpo con toallas húmedas.	El baño es un ritual de curación y debería ser una experiencia confortable que se concentre en las necesidades del usuario, más que ser una tarea planificada de forma rutinaria. (Maher y cols,1998: 177)	Al inicio se bañaba a la paciente diariamente, la frecuencia disminuyó a cada tercer día por la agresividad que presentaba la paciente.
Limitar el baño 1 a 2 veces por semana, proporciona un baño parcial, en distintas ocasiones.	Reducir la frecuencia del baño disminuye la conducta agresiva en usuarios ancianos con deterioro cognitivo. (Kanda et al, 1999:366).	Durante los días que no se daba baño completo, se aseaban las zonas sucias con toallas húmedas.
Corte de uñas.	El corte de uñas disminuye la acumulación de bacterias y suciedad. (Novelli Redón. Nuevo Manual de enfermería. 2009:98).	Se logró realizar corte de uñas por semana con éxito.
Limpieza de genitales inmediatamente al	La presencia de orina o heces en la piel conlleva a lesiones cutáneas (Novelli	Se logró evitar la formación de úlceras por

<p>levantarla al retirarle el pañal, cambiar su ropa personal y ropa de cama.</p>	<p>Redón. Nuevo Manual de enfermería. 2009:156).</p>	<p>presión manteniendo a la paciente limpia y sin humedad en genitales.</p>
<p>Todas las actividades realizadas a la usuaria se llevaron a cabo en compañía del familiar cuidador para su capacitación en la atención y cuidados de la usuaria, así como aumentando su participación al realizar las actividades.</p>	<p>La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia y un autoconcepto bajo. Aumentando la independencia para el cuidado personal se eleva la autoestima.(Maher y cols., 1998:177)</p>	<p>Se logró mantener en constante participación a los familiares en la realización de las actividades planeadas, así como a ella al comenzar a llevar a cabo el plan de cuidados disminuyendo su participación.</p>

6.8 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Eliminación

Diagnostico: DOMINIO 3 Eliminación e Intercambio, CLASE 2 Función Gastrointestinal. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por disminución de la frecuencia de las evacuaciones CÓDIGO: 00011, NANDA 2009-2011:102.

Dependiente/PID, ID: TD

Objetivo: La señora Guadalupe mantendrá la eliminación de heces blandas posteriormente a las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Aumentar la ingesta de fibra al día, hacer hincapié en alimentos como fruta fresca, legumbres verduras y cereales integrales.	La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces. (Juall Carpentino Diagnósticos de enfermería,2002:355)	Se le proporcionaban en su alimentación abundantes verduras como el chayote y frutas como la manzana.
Aumentar la ingesta de líquidos.	El incremento de la ingesta de líquidos mientras se mantiene una ingesta de fibra diaria puede significar un aumento de evacuaciones. (Juall Carpentino Lynda, Diagnósticos de enfermería,2002:355)	El logro de esta actividad no fue totalmente logrado debido a que se resiste a tomar agua, además su función intestinal se encuentra muy deteriorada.
Añadir fibra a la dieta gradualmente con incremento de la ingesta de líquidos.	Añadir fibra gradualmente, porque un incremento brusco puede dar origen a distensión abdominal y gases. (Juall Carpentino Lynda, Diagnósticos de enfermería,2002:355)	Se usó la fibra psyllium plantago, medias cucharadas en medio vaso de agua mañana y por la noche, obteniendo resultados favorables.

6.9 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De eliminación

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad Reposo, CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado uso del inodoro relacionado con demencia y de la capacidad para el traslado manifestado por no llegar hasta el baño, levantarse del sanitario antes de terminar de satisfacer su necesidad, no acudir al baño CÓDIGO: 00110, NANDA 2009-2011:153.

Dependiente/PID, ID: TD

Objetivo: La señora Guadalupe desarrollará el hábito de ir al baño y no levantarse hasta terminar, así como no orinar o defecar en el lugar donde se encuentre en ese momento, con ayuda del cuidador.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Vigilancia continúa y apoyo para ir al baño.	El apoyo preserva la energía del usuario y proporciona respeto por parte de los cuidadores. (Clark y Lester, 2000:545).	Se logró mantenerla en vigilancia para ir al baño y proporcionarle apoyo.
Explicarle los pasos para ir al WC	Las personas con alteraciones cognitivas pueden participar con éxito en muchas actividades si se les explican, y la participación en el autocuidado puede aumentar su autoestima (Clark y Lester, 2000:183).	No se logró la actividad debido a que le es difícil atender a indicaciones verbales debido a su demencia.
Desarrollar un horario para el uso del baño, mediante la programación y avisos verbales. Utilizar el inodoro 10-15 minutos sentada después de desayunar (para aprovechar el reflejo	Los horarios del uso del WC permiten que se valore la incontinencia y su mantenimiento. (Juall Carpentino, Diagnósticos de enfermería, 2002:182).	Se implementaron horarios para llevarla al sanitario mañana, tarde y noche, sin obtener resultados favorables. Se logró el hábito de eliminación

<p>gastrocólico) hasta que aparezcan deseos de defecar.</p> <p>No permitirle levantarse del baño antes de satisfacer su necesidad.</p> <p>Asistirle en la limpieza después de defecar y orinar.</p> <p>Uso de pañal por las noches, para evitar levantarla e interrumpir su descanso nocturno.</p> <p>Mantener el papel higiénico y los artículos para el lavado de manos cerca.</p> <p>Ir creando el hábito de su aseo después de ir al baño, dándole el papel, para que lo realice por sí misma.</p>	<p>Los ancianos no pueden responder con rapidez a la urgencia para evacuar a causa de la habilidad funcional limitada, también son incapaces de retrasar la evacuación a causa de la disminución del tono muscular y de los cambios neurológicos. (Palmer et al, 2000).</p> <p>El acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar psicológico.(Juall Carpentino Lynda, Diagnósticos de enfermería,2002:183)</p> <p>La valoración y las intervenciones para la eficacia fortalecen las expectativas de eficiencia del usuario y mejoran la ejecución funcional (Trayce,1992:183).</p>	<p>por las mañanas, no diariamente.</p> <p>Se logró mantenerla sentada al evacuar por lapsos cortos.</p> <p>Se logró mantener su piel limpia para evitar la aparición de lesiones cutáneas.</p> <p>No se logró que usara por sí misma los utensilios de baño debido a la demencia que presenta. Se mantuvo el uso de pañal por las noches.</p>
--	--	--

6.10 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Uso de prendas de vestir adecuadas.

Diagnóstico: DOMINIO 4 Actividad reposo CLASE 4 Autocuidado. Déficit de autocuidado de vestido/ acicalamiento relacionado con demencia manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse la ropa, abrocharse, quitarse los zapatos. CÓDIGO: 00109, NANDA 2009-2011:154.

Dependiente/PID, ID : TD

Objetivo: La señora Guadalupe se vestirá y se arreglara permitiéndole participar en las actividades y con ayuda del cuidador para mejorar su aspecto personal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Ayudar a la usuaria en su arreglo personal, permitiendo participe al vestirse y desvestirse, así como asistirle en su peinado.	Un acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar psicológico. (Tracey, 1992:183).	El logró de esta actividad fue satisfactorio pues la señora Guadalupe no se preocupa de su aspecto físico.
Permitir que la usuaria tome el tiempo necesario para vestirse.	La edad avanzada aumenta el tiempo necesario para completar una tarea: los usuarios ancianos con un déficit de autocuidado requieren más tiempo para finalizar una tarea. (Resnick, 2004:183).	No se logró la actividad debido a que poco a poco fue perdiendo la capacidad y el interés por su aspecto personal.
Explicarle los pasos para vestirse y arreglarse.	Los usuarios con alteración cognitiva pueden participar con éxito en muchas actividades cuando se le explican (Clark y Lester, 2000: 766).	Se guiaba a la hora de vestirse mas no se logró la actividad debido a que le es difícil comprender instrucciones y simplemente no pone atención.
Fomentar la	La participación máxima	Aunque se guiaba

participación, guiando las manos de la señora al realizar la actividad.	del cliente en las actividades disminuye la vergüenza y que conlleva la necesidad de ayuda.(Juall Carpentino, Diagnósticos de enfermería,2002:182)	no se presentó resultado favorable debido a su deterioro mental.
--	--	--

3. 11 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Aprendizaje

Diagnóstico: DOMINIO 5 Percepción/Cognición, CLASE 4 Cognición. Deterioro de la memoria relacionado con enfermedad neurológica manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos recientes, incapacidad para retener información. CÓDIGO: 00131, NANDA 2009-2011.171.

Dependiente/PID, ID: Dependiente

Objetivo: Estimular la memoria de la señora Guadalupe.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Reminiscencia</p> <p>Práctica de reminiscencia, mediante el empleo de fotografías significativas para la usuaria.</p> <p>Mostrarle diferentes objetos a la usuaria, preguntarle a ella el nombre del objeto y su función.</p>	<p>La reminiscencia es una técnica de intervención cognitiva que ha sido aplicada en pacientes con demencia. (JANSSEN-CILAG)</p> <p>Reminiscencia mediante imágenes debemos incluir pacientes con demencia en estadios iniciales o moderados. (JANSSEN-CILAG)</p> <p>Puede realizarse de formas muy distintas: estimulación a partir de un objeto antiguo o conversación. (JANSSEN-CILAG)</p>	<p>Se utiliza esta actividad obteniendo buenos resultados pues su memoria remota es buena.</p> <p>La implementación de esta actividad fue satisfactoria. Se logró reconociera a sus familiares.</p> <p>Se le mostraron algunos objetos no todos antiguos, pero la mayoría de ellos los reconoció.</p>

6.12 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Vivir según sus creencias y valores

Diagnóstico: DOMINIO 10 Principios vitales, CODIGO 5. Valores creencias. Disposición para mejorar la religiosidad manifestado por interés en la participación del rezo. Código 00171. NANDA 2009-2011: 296.

Dependiente/PID, ID: TD

Objetivo: Mantener la esperanza permanente y la paz interior en la familia a través de la oración.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Fomentar en la familia el apoyo en Dios y la oración debido al deterioro de su familiar, así como insistirles la incluyan en la participación y que recen con ella.	Se ha visto que la espiritualidad resulta especialmente importante para los cuidadores de las víctimas de enfermedades crónicas, y las enfermeras pueden trabajar para fomentar el bienestar espiritual de dichos individuos. (Juall Carpentino, Diagnósticos de enfermería, 2002:679	Este diagnóstico fue modificado pues debido al deterioro mental de la Sra. Guadalupe, es uno de sus hijos quien la mantiene en oración y rezos. Por lo cual fue enfocado a la familia, obteniendo apoyo por los hijos que están en más contacto con ella.

7. CONCLUSIÓN

El resultado de la aplicación de presente proceso enfermero fue satisfactorio, concluyo que fue de gran apoyo y ayuda para el tratamiento y cuidados que requería la paciente, pues se mejoraron sus condiciones de vida de manera favorable. Quizá algunos de los resultados no fueron como se esperaban y esto debido a la demencia que presenta lo cual le impidió el desarrollo de muchas actividades, aun así se mejoraron algunas condiciones en cuanto a su aspecto físico y estado de salud en general, con apoyo de los familiares los cuales siempre mostraron interés en lo mayoría de las acciones realizadas.

Entre los resultados logrados de este trabajo se puede señalar que se trabajaron y atendieron 8 diagnósticos de enfermería de los cuales 7 problemas fueron reales y 1 de riesgo; y uno de potencial de mejora dirigido a los familiares quienes son muy apegados a la religión y presentan preocupación, ya que, para ellos es muy importante y las demás necesidades no se trabajaron debido al grado de demencia que la Sra. Guadalupe presenta.

Me hubiera gustado el logro de más objetivos pero el deterioro físico de la señora Guadalupe se está presentando con rapidez y cada vez pierde más capacidades corporales, quedo satisfecha que en aquéllas que se pudo dar apoyo. El tratar con adultos mayores resulta desgastante por la pérdida de sus capacidades físicas, mentales y corporales, pero; deja una gran satisfacción el trabajar con este grupo de personas pues son quienes nos enseñan a valorar y aprender muchas cosas de la vida.

7.1 ANEXOS



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M

Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, AUTORIZA A:

LAURA ELOISA CHAVEZ RIVERA
No. CUENTA 407537374

**“PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA MUJER
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE
HUNTINGTON Y ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS”.**

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 29 del mes septiembre del año 20-08-11

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora

7.2 ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

7.2.1 PATOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

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

7.2.2 COREA DE HUNTINGTON

La enfermedad recibe el nombre porque fue descrita por George Huntington en 1872, también conocida como Corea (del griego danza) por el movimiento característico de las personas afectadas.

La enfermedad de Huntington es causada por un defecto genético en el cromosoma No 4. El defecto hace que una parte del ADN, llamada repetición CAG, ocurra muchas más veces de lo que se supone que debe ser. Normalmente, esta sección del ADN se repite de 10 a 35 veces, pero en una persona con la enfermedad de Huntington, se repite de 36 a 120 veces.

Desde hace algún tiempo se conocía que la anomalía genética residía en el cromosoma 4 y en 1993 se descubrió la porción del gen responsable (expansión de tripletes CAG en el gen IT15 del cromosoma 4), de tal manera que se puede identificar a las personas de riesgo antes de comenzar la enfermedad. En la población normal hay hasta 34 repeticiones del trinucleotido CAG (citosina - adenosina - guanina) en esta porción del gen y en la Enfermedad de

¹ *Gonzales Aragón J. Manual de Auto cuidado y Salud En El Envejecimiento, "Aprendamos a Envejecer sanos", Cuarta Edición, México 1997, Pág. 23.*

Huntington hay más de 40. Por encima de 38 se habla de mutación, con una probabilidad cercana al 100% de desarrollar la enfermedad. Es una enfermedad neurológica degenerativa, afecta a determinadas zonas del cerebro donde las neuronas van degenerándose y finalmente mueren.

Específicamente las células afectadas son las del ganglio basal, una estructura profunda del cerebro que tiene importantes funciones, incluyendo la coordinación de los movimientos. En el ganglio basal, la Enfermedad de Huntington ataca específicamente a las neuronas del estrato especialmente al núcleo caudado y el pallido. También está afectada otra parte del cerebro que es el cortex, que controla el pensamiento, la percepción y la memoria.

La célula nerviosa dañada es la más grande de dos masas distintas de células nerviosas en la sustancia profunda del cerebro, el núcleo caudado y el putamen. Estas zonas están involucradas en la regulación subconsciente de los movimientos voluntarios.²

7.2.3 CAUSAS

Se trata de una enfermedad hereditaria, autosómica y dominante, por lo que cada hijo de un padre o una madre con la enfermedad tiene un 50% de probabilidad de heredarla. Si el hijo no hereda el gen causante de la enfermedad, no la tendrá ni la transmitirá a su descendencia.

Las enfermedades genéticas se llaman recesivas y dominantes. Los rasgos genéticos dominantes son aquellos que se presentan cuando un gen del par de genes puede controlar el rasgo para el cual ese par

² Abraham Peter. *Enciclopedia Médica Familiar. México, 2006, Editorial LIBSA. Pág. 156-157.*

de genes codifica y los rasgos recesivos requieren que ambos genes del par trabajen juntos para controlar el rasgo.

7.2.4 EPIDEMIOLOGÍA

La edad de comienzo se sitúa entre los 30 y los 45 años, aunque puede darse a partir de los dos años. Los niños que desarrollan la enfermedad raramente alcanzan la edad adulta.

La prevalencia de la enfermedad de Huntington se considera entre 5 y 10 casos por 100.000 habitantes, algo menor en países del Este Asiático y en la población de raza negra.

7.2.5 SÍNTOMAS

Los síntomas de la enfermedad empiezan a mediana edad e incluyen:

MOLESTIA EN EL MOVIMIENTO

Los movimientos convulsivos involuntarios afectan al 90% de los pacientes y suelen ser el primer síntoma obvio.

- Pérdida del tono muscular o aumento de la rigidez.
- Dificultades en las posturas y el movimiento
- Disartria o incapacidad para pronunciar con claridad pese a saber la palabra.
- Disfagia o dificultad para tragar.
- Girar la cabeza para desplazar la mirada.
- Movimientos faciales, incluyendo muecas.
- Movimientos lentos e incontrolables.
- Movimientos espasmódicos rápidos y súbitos de los brazos, las piernas, la cara y otras partes del cuerpo.
- Marcha inestable.

**DETERIORO PROGRESIVO DE LA FUNCIÓN MENTAL,
HASTA LLEGAR A LA DEMENCIA.**

Los afectados tienen deterioro mental y desarrollan patologías psiquiátricas como:

- Pérdida de concentración.
- Pérdida de la memoria a corto o largo plazo.
- Pérdida de la incapacidad de resolver problemas.
- Demencia

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL DAÑO EN EL SISTEMA NERVIOSO

Los cambios de comportamiento pueden ocurrir antes de los problemas de movimiento y pueden abarcar:

- Comportamientos antisociales
- Alucinaciones
- Irritabilidad
- Malhumor
- Inquietud o impaciencia
- Paranoia
- Psicosis

Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Ansiedad, estrés y tensión
- Dificultad para deglutir
- Deterioro del habla

7.2.6 DIAGNÓSTICO

Un historial familiar con la enfermedad sugiere un diagnóstico positivo para individuos que muestran los síntomas. Los individuos con el gen de Huntington deben someterse a examen del sistema nervioso central por expertos para identificar cambios en la velocidad y el control del movimiento y el tiempo de reacción ante

las manifestaciones más evidentes.³ Las pruebas con muestras sanguíneas de ADN identifican el gen anómalo.

7.2.7 TRATAMIENTO

No existe cura para la enfermedad de Huntington y no hay forma conocida de detener el empeoramiento de la enfermedad. El objetivo del tratamiento es reducir el curso de la enfermedad y ayudar a la persona a valerse por sí misma por el mayor tiempo y en la forma más cómoda posible. Los medicamentos varían de acuerdo con los síntomas. Los bloqueadores de dopamina pueden ayudar a reducir los comportamientos y movimientos anormales. Medicamentos como haloperidol, tetrabenazina y amantidina se usan para tratar de controlar los movimientos adicionales.

³ Abraham Peter. *Enciclopedia Medica Familiar. México, 2006, Editorial LIBSA. Pág. 156-157.*

7.3 BIBLIOGRAFÍA

- 1) ABRAHAMS PETER. Enciclopedia Medica Familiar. Editorial LIBSA México, 2006,. Pág. 156-157.
- 2) ANN MARNER TONEY. MARTHA RAILE, Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial Mosby, Madrid España, 2003, Pág. 108.
- 3) NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. España. 2009. Pág. 456.
- 4) BURKE MARY M. Enfermería Gerontológica: Cuidados Integrales Del Adulto Mayor. Editorial Harcourt Brace. España. Pág. 587, 600.
- 5) GARCÍA MARTÍN CATALINA. MARTÍNEZ MARTÍN MARÍA LUISA. Historia de la enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. 5 Edición, Editorial Harcourt, España 2001. Pág. 15
- 6) GONZÁLEZ ARAGÓN J. Manual de Autocuidado y Salud En El Envejecimiento, “Aprendamos a Envejecer sanos”, Cuarta Edición, México 1997, 415 pp.
- 7) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)
- 8) JUALL CARPENITO LYNDA. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la Práctica Clínica. Novena Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.2002. 935 pp.
- 9) NOVELLI REDÓN, AZOR PORTALES RAQUEL. Etal. Nuevo Manual de enfermería. Segunda Edición. Océano Centrum.2009. Pág. 1200.
- 10) KOZIER. G. ERB. K. BLAIS. Fundamentos de enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica Vol. 1, 5 Edición, Editorial Mac Graw Hill Interamericana. 848 pp.
- 11) P. W. LYER B.J. TAPICH D. BERNOCHI. Proceso y Diagnóstico De Enfermería. 3 Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1997 Pág. 9.

- 12) PRIETO PARRA GLORIA INÉS. Cuidado De Enfermería. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Volumen 4 Numero 2. Agosto 2007. Pág. 20.
- 13) RIOPELLE, I GRONDIN, M. PHANEUF. Cuidados de Enfermería. Proceso Centrado En Las necesidades De La Persona. Primera Edición. Mc Graw Hill, 1993, Pág.352.
- 14) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ BERTHA ALICIA, Proceso Enfermero, Ediciones Cuellar, 227 pp.
- 15) ZARZA ARIZMENDI MARÍA DOLORES. La Calidad del Cuidado Y La Satisfacción de la Persona. Revista Enfermería Universitaria. Volumen 4 Número 2. Mayo-Agosto 2007.
- 16) LUIS RODRIGO MARÍA TERESA. Los diagnósticos enfermeros: revisión. Crítica y guía práctica. . Séptima Edición.Elsevier2006.Pags.400.
- 17) J. ACKLEY BETTY. B.LADWID GAIL. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. Séptima Edición Elsevier Mosby.2007. Pag.1376.
- 18) LUIS RODRIGO MARÍA TERESA. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Tercera Edición Elsevier Mosby. 2007. Pag.191.
- 19) FRANCOISE COLLIERE MARIE. Promover la vida: de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Primera Edición. Mc Graw Hill. 1993. Pags.395
- 20) J.GONZÁLEZ, ARAGON G. Manual de Autocuidado y Salud en el envejecimiento. Cuarta Edición. Mc Graw Hill. México 1997.Pag.415.
- 21) JONSON MARION, Et al. Interrelaciones NANDA, Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Segunda Edición. Elsevier Mosby. España 2007. Pág. 693.
- 22) <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/C/Corea%20de%20Huntington/Paginas/Cover%20corea.aspx>
- 23) http://www.portalesmedicos.com/foros_medicina_salud_enfermeria/ubbthreads.php/posts/41669/corea_de_huntinton.