



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

CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A MUJER
ADULTA MAYOR CON ALTERACION EN LA NECESIDAD
DE COMUNICACION

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

PRESENTA:
RANGEL RANGEL CINTHIA JANETH

NUMERO DE CUENTA:
407537518

ASESORA:
L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO MICH, OCTUBRE 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 A MUJER
ADULTA MAYOR CON ALTERACION EN LA NECESIDAD
DE COMUNICACION

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

PRESENTA:
RANGEL RANGEL CINTHIA JANETH

NUMERO DE CUENTA:
407537518

ASESORA:
L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO MICH, OCTUBRE 2011

AGRADECIMIENTO.

Existe cada día un sin número de acontecimientos por los cuales estar agradecida con el autor de mi vida que es Dios: “Pues el constructor soy yo.”- Esta etapa de mi vida, te doy gracias por cada amanecer que me has dado y por permitirme el llegar a mi meta y darme el privilegio de poner en mis manos el cuidado de la vida de los demás.

Te agradezco Mamá el gran apoyo que de tu parte recibí cuando aun estabas conmigo en esta tierra. Sé que puedes verme desde tu nuevo hogar: el cielo, y estarás orgullosa de mí.

Gracias Papá por la motivación que pude sentir de tu parte a través de una palmadita en mi espalda cuando el camino parecía difícil.

Agradezco grandemente a Dios por cada ángel celestial mostrado a través de mis hermanas que fueron como una madre (Josefina, Celia, Sandra Rangel) gracias por confiar en mí y darme luz cuando sentía que el camino era difícil y cansado, por compartir sus consejos hacia mí y hacerme la persona que soy hoy en día, compañeros que de alguna manera fueron importantes en mi vida.

A ti Madre María Elena que me enseñaste a encontrar la Paz en mi alma y que siempre estas cuando siento que se termina el mundo, por enseñarme a crecer más como persona Gracias.

Gracias a la Escuela que me formó y a cada uno de los profesores, que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

A ti querido lector que has tomado de tu tiempo para realizar la lectura del material que tienes en tus manos, gracias y recuerda que: "La gratitud es la memoria del corazón".

Índice.
Capítulo I

Agradecimiento	1
Índice	3
Introducción	5
Justificación	7
Objetivos	9
Metodología	10

Capítulo II
Marco teórico.

Antecedentes Históricos de Enfermería	11
Evolución de la enfermería	12
Teóricas de enfermería	13
Teoría de Virginia Henderson	13
Afirmaciones teóricas	19
Antecedentes del proceso enfermero	20
Características Biofisiológicas del Adulto Mayor	30
Comunicación en el adulto mayor	37

Capítulo III

Aplicación del proceso enfermero en la usuaria.

Familiograma	40
Valoración de las 14 necesidades	41
Identificación de datos objetivos y subjetivos	45
Jerarquización de diagnósticos	48
Formulación de diagnósticos enfermeros	50
Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados	53
Conclusiones	80
Plan de alta	82
Anexos	85
Bibliografía	99

1. INTRODUCCION.

La Enfermería es Ciencia y Arte de brindar cuidados en forma holística a personas sanas o enfermas, con el único propósito de recuperar o mantener la salud.

Considerando que la Enfermería tiene una amplia base teórica en la aplicación del proceso al brindar cuidados, y llevar a la práctica una serie de actividades con fundamentos científicos y en forma jerarquizada de acuerdo a las necesidades del usuario.

Es por eso que este proceso Enfermero se llevó a cabo con una usuaria Adulta Mayor con alteración en la Necesidad de Comunicación.

Dicho Proceso Enfermero se realizó basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, la información que se encuentra en este documento está dividida en tres capítulos, en los cuales se da a conocer el porqué se llevo a cabo este Proceso, cuáles son sus objetivos, el Proceso Enfermero y sus Etapas, además de el Modelo de cuidados de Virginia Henderson, pues ella quien afirma en su Teoría y 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 vida.

Cabe mencionar que el desarrollo del proceso de envejecimiento donde cada ser humano tiene ritmo diferente de presentarlo, dando respuestas a los diferentes cambios biológicos, fisiológicos, sociales y psicológicos.

Finalmente la aplicación del proceso de enfermería a la Señora María realizado en su domicilio, los diagnósticos hechos en base a la valoración; la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados, plan de alta y por último las conclusiones a la que se llegó, la bibliografía y los anexos.

2. JUSTIFICACION.

En México el número de adultos mayores va en aumento debido a la evolución natural del ser humano, en Michoacán existen alrededor de 342,820 que corresponde al 7.8% de la población en general.

En Zamora con una población 126,606 habitantes, el 2.8% que equivale a 3544 son adultos mayores, para el año 2020, se calcula que la población mundial tendrá más de mil millones de personas de 60 años y más y la mayor parte estará en países en vías de desarrollo.

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento. (CONAPO, 2008).

En México las políticas de mayor relevancia que se han establecido para apoyar a los adultos mayores, surgen el 22 de agosto de 1979, cuando por decreto constitutivo el Presidente José López Portillo, crea el Instituto Nacional de la Senectud, con la finalidad de brindar protección, ayuda, atención y orientación a la población mayor de 60 años (INSEN).

Me pareció de vital importancia aplicar este Proceso Enfermero a una Adulta Mayor, para demostrarme y demostrar que enfermería, tiene mucho por hacer ante este grupo de población, ante los cambios propios de la edad adulta y sus repercusiones sociales, psicológicas y

emocionales a consecuencia de la soledad, en este caso viéndose alterada la necesidad de la comunicación.

3. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Aplicar el proceso de enfermería a una usuaria adulto mayor con alteración en la necesidad de Comunicación brindando cuidados de forma holística para controlar y minimizar las complicaciones que presenta.

Objetivos Específicos:

1. Detectar las necesidades de la usuaria a través de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
2. Elaborar los Diagnósticos de enfermería en base al análisis de los datos objetivos y subjetivos.
3. Establecer prioridades para brindar el cuidado en las necesidades afectadas. Ejecutar las acciones planteadas llevando un registro que permita valorar.
4. Evaluar los cuidados brindados.

4. METODOLOGIA.

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

5. MARCO TEORICO.

5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería.

Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad, primeramente la preservación de la raza humana. Cuidar era un acto que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, mas tarde con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo. A partir de esto las mujeres se dedicaron al hogar, al cultivo de las plantas, al cuidado de los animales y al cuidado de los hijos, por las necesidades propias de su comunidad las mujeres se dedicaban a ayudar a otras mujeres y a sus familias con los cuidados durante el embarazo, el nacimiento, la reproducción y la maduración de los seres humanos.

Estos cuidados garantizaron la supervivencia, los hombres se dedicaron a la cacería para proveer alimentos a la familia, acto cargado de valores simbólicos por lo que significa el desafío de la caza, donde los hombres imponían talento e inteligencia. Estos valores marcaron la tendencia a sobrevalorar el trabajo por la sociedad de esa época.

El propósito y la función de mantener la vida de los seres vivos para permitirles su reproducción y perpetuación, lo cual seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados (*Siles, J. pag. 98-102*).

5.1.1 Evolución de la Enfermería

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

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. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica [Florence Nightingale](#). Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. 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.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización (*Historia de la enfermería, Catalina García Martín-Caro 2001.*)

5.2 Teóricas de enfermería.

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerado como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro ‘‘ Notas de Enfermería ‘‘ de Florencia Naghtingale en 1852, se sentó la base de la enfermera profesional, su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996 que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson (*Marriner, TA, Raile, pag. 96-98*).

5.3 Teoría de Virginia Henderson.

Henderson Virginia nació el 30 de noviembre 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.

Henderson V. hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, escritora, investigadora, y publicó mucho a lo largo de sus años dirigió el Nursing Studies Index Project patrocinado por la universidad de Yale que dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e historia de la enfermería desde 1900 hasta 1959

Su definición de enfermería en términos profesionales fue anotada por primera vez en 1955 en la quinta edición del libro Text Book of the Practice of Nursing de Harmer y Henderson y la define de la siguiente forma. “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 la teoría de Virginia Henderson son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para tener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados de enfermería”, esferas en las que se desarrolla el ser humano.

- 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.

5.3.1 Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- ❖ 1º.-Necesidad Oxigenación.
- ❖ 2º.-Necesidad Nutricional-metabólico.
- ❖ 3º.- Necesidad Eliminación.
- ❖ 4º.-Necesidad Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- ❖ 5º.- Necesidad Descanso y Sueño.
- ❖ 6º.-Necesidad Uso de prendas de Vestir.
- ❖ 7º.-Necesidad Termorregulación.
- ❖ 8º.- Necesidad Higiene y Protección.
- ❖ 9º.- Necesidad Evitar los peligros.
- ❖ 10º.- Necesidad Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y Opiniones.
- ❖ 11º.- Necesidad Valores y Creencias.
- ❖ 12º.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- ❖ 13º.- Necesidad de Recreación.
- ❖ 14º.- Necesidad de Aprendizaje.

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 en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, y psicológico 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 tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado 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. 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 Virginia Henderson de los conceptos básicos del Meta paradigma 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. La persona y su familia son considerados como una unidad, tanto el individuo sano como

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. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud. La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia. *(García, GM de J. pag. 40-42)*

5.4 Afirmaciones teóricas.

5.4.1 Relación enfermera – paciente.

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ❖ **La enfermera como sustituta del paciente:** La enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ❖ **La enfermera como auxiliar del paciente:** Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ❖ **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de las funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996 (*Rosales Reyes, GE*).

5.5 Proceso de enfermería.

5.5.1 Antecedentes históricos.

La ciencia de enfermería tiene una amplia base teórica y el proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. El proceso de cuidados es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planeación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (Kozier, B, et al).

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la *Standards Nursing Practice* que describe las cinco fases del proceso de enfermería.

1.-**Valoración:** Es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

2.-**Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

3.-**Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.

4.- **Ejecución:** Es poner en práctica los cuidados programados.

5.-**Evaluación:** Determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Rosales, Reyes, GE).

5.5.2 Proceso Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la persona, establecer planes para solucionar las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas, además es un método intelectual y deliberado, cuenta con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados dirigidos al bienestar de la persona, comunidad o ambos. (Du Gas; 2000, p. 57).

Los objetivos son: Establecer una estructura que pueda cubrir, las necesidades individuales de la persona, identificar necesidades reales y potenciales de la persona, establecer planes de cuidados individualizados, actuar para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera: Definir en campo del ejercicio profesional a partir de las normas e calidad de los cuidados de enfermería; logrando como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivenciar el crecimiento profesional.

Ventajas para el paciente: Participación en su propio cuidado. Identificación de la continuidad de sus cuidados, experimentar las mejoras en su salud.

El proceso enfermero es la herramienta básica del profesional de enfermería, cuenta con 5 etapas, las cuales me permito describir más adelante.

El proceso de atención de enfermería está orientado hacia el logro de la metas, facilita la comunicación de las mismas mientras el paciente individualiza los cuidados.

Etapas del Proceso de Enfermería. 1) Valoración, 2. Diagnósticos de enfermería, 3) Planeación 4) Ejecución. 5) Evaluación

(Mariner, TA, Ralei. pag. 210-213).

5.5.3 Valoración de Enfermería.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Incluye la recopilación de datos, la confirmación. Es necesaria antes de que el diagnóstico de enfermería pueda ser hecho. La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona. Una base de datos es toda la información disponible sobre el cliente, incluyendo la valoración y exploración física, así como otras informaciones procedentes del resto de profesionales de la salud. La recogida de datos es el proceso continuo para obtener información sobre el nivel de salud del paciente, la sistematización disminuye la posibilidad de omitir datos significativos, la continuidad asegura la actualización reflejando cambios que pueden aparecer en la persona.

(Mariner, TA, Ralei. pag. 218-220).

Tipos de Datos.

Datos Subjetivos son las percepciones personales del paciente.

Datos Objetivos son detectables por un observador y son medibles; un ejemplo es la Fc, Fr, Temp. T/A, que pueden ser recopilados durante el examen físico.

Examen Físico.

Las valoraciones de salud completas abarcan desde la cabeza a los pies; sin embargo, el procedimiento puede variar según la edad del individuo, la gravedad de la enfermedad y las prioridades o métodos particulares de cada centro. Para averiguar que método se aplicara a un cliente determinado, se tendrán en cuenta el tiempo disponible y las necesidades

del individuo. Además la valoración, debe dirigirse de forma sistemática y eficiente, que implique pocas incomodidades al paciente. Mas que esto, que sea completa y arroje datos verídicos que nos ayuden a realizar un buen Diagnostico, pues de esto depende la calidad de los cuidados que se otorguen al paciente.

Los propósitos de un examen físico de salud son: 1) obtener un conjunto básico de datos sobre las capacidades funcionales de la persona, 2) interpretar, confirmar y refutar los datos obtenidos en la valoración de enfermería. 3) obtener información que ayude a la enfermera a establecer un diagnóstico y plan de cuidado del paciente, 4) evaluar los resultados del cuidado, es decir, la progresión de un problema de salud (*Kosier, B, et all pag 530*).

5.5.4 Diagnósticos de Enfermería.

Un diagnóstico de enfermería es la definición de un problema de salud real o potencial que requiere de actividades independientes de enfermería. En el diagnóstico se analizan e interpretan los datos de la valoración. También, se puede decir que es una definición o conclusión concerniente a la naturaleza de los problemas de salud de las personas.

Hay dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnosticas.

1. El diagnostico en enfermería requiere competencias en los dominios intelectuales, interpersonales y técnicos.
2. El diagnostico en enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la practica reflexiva como fortalezas personales.

Los diagnósticos enfermeros deben estar fundamentados en datos validos y fiables, por lo que es esencial que las enfermeras desarrollemos

habilidad para obtener historias de salud y exámenes físicos y globales y bien enfocados (*NANDA Internacional, "Diagnósticos enfermeros" 2009-2011 pag 4, 5*).

Las enfermeras somos responsables de realizar los diagnósticos de enfermería a partir de los datos obtenidos en la valoración y que también pueden obtenerse de manera indirecta al revisar el expediente clínico como parte de los reportes de otros profesionales de la salud.

El problema de salud es una condición o situación en el que la persona requiere ayuda para mantener o alcanzar el nivel de salud deseable.

(*NANDA Internacional, "Diagnósticos enfermeros" 2009-2011 pag.8*).

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

- 1) Procesamiento de datos.
- 2) Determinación del nivel de salud del paciente
- 3) Formulación de los diagnóstico.

1) Procesamiento de datos. Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:

- La organización. Clasificarlos en un marco útil para la enfermera
- La comparación con los estándares aceptado universalmente
- La asociación de datos.
- Identificación de omisiones o contradicciones de los datos

2) Determinación del nivel de salud de la persona, los riesgos de salud y sus fuerzas; la enfermera y la persona identifican el nivel de salud de forma conjunta. Ambos pueden pensar lo siguiente:

- No existe problema y se confirma que la persona está sana.

- No existe problema actual, pero si potencial.
- Hay un problema, pero la conducta de la persona es efectiva.
- Existe un problema y la persona necesita ayuda para enfrentarse a él.
- Hay un problema, pero la persona no lo puede aceptar en este momento.
- Se requiere un mayor estudio y diagnóstico del problema.
- Un problema no representa una incapacidad actual, pero lo puede hacer en el futuro.
- Un problema es crítico para la persona.
- El problema es crónico y permanente.

Construcción de Diagnósticos.

Para construir diagnósticos de enfermería con el formato PES. Primeramente se identifica el problema se agrega el enlace relacionado con, enseguida se anota la o las etiologías mas el enlace manifestado y por último se anotan, el o los signos y síntomas que corresponden al problema.

3) Formulación del diagnóstico de enfermería.

El propósito de la NANDA es definir, mejorar y promover una taxonomía la terminología diagnóstica de enfermería del uso general para las enfermeras profesionales. Etiqueta diagnóstica + el enlace relacionado con + el o los factores relacionados + el enlace manifestado por + la o las características definitorias.

(Rosales Reyes).

5.5.5 Planeación de los Cuidados.

La planificación es la tercera fase del proceso de enfermería. En este contexto, se define la planificación como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se han identificado durante el diagnóstico. La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados, se lleva a cabo mediante la toma de decisiones y la solución de problemas. El proceso de planificación utiliza los datos obtenidos durante la valoración y los enunciados de los diagnósticos presentan los problemas: reales, potenciales y de bienestar.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan directrices para determinar los objetivos a desarrollar en el plan de cuidados.

(Lynda Juall Carpenito. pag 310).

La planeación incluye las siguientes sub-etapas:

Establecer prioridades en los cuidados: Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Todas las necesidades, raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías: alta, media y baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y tratamientos.

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

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

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

- 1.-Dirigir los cuidados.
- 2.-Proporcionar un plazo para las actividades planificadas.
- 3.-Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente.
- 4.-Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos.

- 1.-la formulación debe ser simple, clara y concisa.
- 2.-El objetivo debe ser propio de una persona.
- 3.-Escribir los objetivos en términos que sean observables y pueden medirse.
- 4.-La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- 5.-Debe evolucionar con la situación.
- 6.-Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

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

Los cuidados de enfermería se describen en el tiempo a:

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

urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo: Requieren semanas o meses, podemos utilizar para reconocer los logros de los pacientes y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado.

El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales. Para la actualización de los planes de cuidado hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidado son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

(Lynda Juall Carpenito, pag 315).

5.5.6 Ejecución del Cuidado.

La ejecución también denominada actuación consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y colaboración para describir las actividades de enfermería.

Una actividad independiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad. Las actividades dependientes de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación de otro profesional de la salud.

Las actividades de enfermería en colaboración son aquellas realizadas conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

El proceso de ejecución incluye la actualización de la valoración de la persona, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. En la ejecución se utilizan las capacidades cognitivas interpersonales y manuales.

Las cognitivas incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las actividades de la ejecución: se dividen en el cuidado, la educación, el asesoramiento psicosocial, el liderazgo, la organización y la mediación.

La comunicación es esencial, tanto para las actividades como para establecer relaciones interpersonales.

La fase de ejecución finaliza con el registro de las actividades, los datos de la valoración y las respuestas de la persona que recibe los cuidados.

(Lynda Juall Carpenito, pag 319).

5.5.7 Evaluación.

Evaluar es juzgar. Dentro del contexto del proceso es la quinta y última fase, y consiste en valorar el grado en que se han logrado los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si las intervenciones de la enfermera deben terminarse, revisarse o cambiarse.

El proceso de evaluación tiene seis etapas:

- 1) Identificar los criterios de resultado estándares para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2) Registrar los datos en relación con los criterios.

- 3) Comparar los datos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado.
- 4) Relacionar las actividades de enfermería con los resultados.
- 5) Analizar el plan de cuidados de la persona.
- 6) Modificar el plan de cuidados, en caso necesario.

Los datos se recogen de forma que se pueden sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, para ello, los datos deben estar en relación con los criterios de resultado, identificarlos por la observación, comunicación directa con la persona o los familiares, o de los registros de otro profesionales de la salud.

En la evaluación, existen tres probables resultados:

1. Se ha cubierto el objetivo, la respuesta de la persona, es la esperada.
2. El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo; se logro alcanzar el objetivo a corto plazo, pero no lo estableció a largo plazo.
3. No se ha cubierto el objetivo.

(Kozier B. et all. pag. 318).

5.6 Características Biofisiológicas del Adulto Mayor.

Cada ser humano envejece a ritmo diferente, el envejecimiento representa un conjunto de cambios que aparecen en la persona a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, es diferente en cada persona, es el paso del tiempo sobre las personas y no el producto de las enfermedades. Estos cambios son biológicos, fisiológicos, sociales, psicológicos.

Hace poco más de 500 años, en la ciudad de México los adultos mayores eran los más respetados y sabios, los que curaban con sus remedios y

hasta se comunicaban con los dioses. Ahora son discriminados de múltiples formas, empezando desde el hogar, donde la propia familia los ofende, hoy la tendencia es verlos como improductivos, ineficientes, enfermos y decadentes.

Existe una disminución natural en el número de moto-neurona, atrofia de las glándulas sudoríparas, reducción del flujo cerebral y disminución del número de neuronas en medula ósea y cerebro; disminución del peso cerebral. Los cambios físicos se deben a modificaciones tisulares; reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética, aparición de canas, arrugas, pérdida de piezas dentarias, disminución de la agudeza visual y auditiva, excesiva acumulación de cerumen, descenso progresivo de la altura, pérdida de fuerza muscular.

(García Rdgz, pag 310).

Entre los cambios psicológicos: están, revisar los logros de la vida, afrontar la pérdida de amigos, cónyuge o hijos, teniendo como consecuencia la aparición del sentimiento de soledad, amargura, depresión pudiendo llegar al suicidio, la pérdida de la memoria reciente es la afectación más generalizada en el anciano, ocurre evocación de los hechos del pasado, es difícil la retención de sucesos recientes.

Los ancianos rechazan el consumismo, los ideales de belleza, de vitalidad, por considerarlo inútil e improductivo, con frecuencia experimentan el abandono familiar, incomunicación, jubilación, disminución del ingreso económico la falta de participación social, escasa y baja calidad de la asistencia médica y social.

Existen diversos cambios fisiológicos normales que ocurren durante el envejecimiento; que pueden hacer a la persona particularmente sensible a determinadas afecciones.

Sistema tegumentario.- La capa epitelial se vuelve mas delgada y las fibras de colágeno rígidas se tiene manchas y lesiones en la piel a causa a veces de la exposición del sol; se encuentra con factores que ayudan a la formación de úlceras por decúbito entre ellas se encuentra la poca movilidad, la humedad que guardan en sus pliegues.

Cabeza y cuello.- En los rasgos faciales se pronuncian debido a la pérdida de grasa y elasticidad de la piel; su agudeza visual disminuye y poco a poco pierden la agudeza auditiva, por lo regular se vuelven insensibles a los sabores de la comida y al igual que gusto se va perdiendo el olfato.

Tórax y pulmón.-La calcificación de los cartílagos costales hace menor la movilidad de las costillas, la pared torácica se vuelve más rígida gradualmente y la expansión pulmonar disminuye.

Corazón y sistema vascular.- Disminuye la fuerza contráctil del miocardio, las presiones sistólica y diastólica se encuentran ligeramente elevadas y sus pulsos inferiores disminuyen pero son palpables.

Sistema gastrointestinal y abdomen.-Se produce enlentecimiento de la peristalsis y alteraciones de las secreciones esto cruce que se vuelvan intolerantes a algunos alimentos.

Sistema músculo esquelético.- Las fibras musculares disminuyen al igual que la masa ósea, la mujer es más propensa a la desmineralización ósea y la osteoporosis en los adultos mayores ayuda la inmovilidad y la malnutrición.

Sistema neurológico.-Disminuye el número de neuronas por lo cual disminuye el sentido del equilibrio o perdida de la coordinación de respuestas motoras.

Las descripciones de cambios anatómicos, con mayor frecuencia y a medida que aumenta la edad y puede presentarse en el 20 % de los

adultos mayores, la cantidad de saliva disminuye, lo que contribuye a la pérdida del gusto, tanto la acidez total como la secreción de radicales ácidos en el jugo gástrico disminuyen con la edad.

Sangre: no disminuye a pesar de la reducción de masa celular del organismo, únicamente hay alteraciones en los glóbulos rojos.

Músculos: la pérdida gradual de la fuerza muscular.

Articulaciones: las superficies articulares están recubiertas de cartílago y se deterioran a edad temprana, hay pérdida de agua del tejido cartilaginoso, produciéndose estreches del espacio articular.

Piel, cabello y uñas: las arrugas y las canas, las células epidérmicas se adelgazan y las restantes se reproducen con mayor lentitud, las glándulas sudoríparas disminuyen en número, tamaño y su capacidad funcional decrece, la aparición de canas se debe a la ausencia de melanina en los melanocitos del folículo piloso, en cuanto a las uñas su velocidad de crecimiento es de 0.83 mm por semana.

Ojos: la agudeza visual disminuye con la edad el cristalino se incurva a lo largo del eje vertical, la pupila se vuelve más pequeña y las respuestas a la luz y a la acomodación son menos marcadas.

Oídos: los estudios de audiometría indican que el umbral promedio de los tonos puros aumenta con la edad, la presbiacusia, trastorno de la audición que aparece en la vejez progresa desde la pérdida de la capacidad, para discriminar aumentos en el umbral de tonos puros.

(A. Tabloski Pearson, pag. 640-649)

5.6.1 Cambios cognitivos.

Una de las creencias extendidas acerca del envejecimiento es que la mayoría de los adultos mayores presentan defectos cognitivos. Las tres alteraciones cognitivas más frecuentes son el delirio, demencia y depresión.

Delirio o estado disfuncional agudo, es un desorden cognitivo la causa fisiológica puede ser metabólica, estructural o infecciosa.

Las causas metabólicas incluyen: desequilibrios electrolíticos, alteraciones endocrinas crónicas, anoxia o isquemia transitoria, hipoglucemia, entre otros.

Demencia es una alteración generalizada de la función intelectual que conduce a una disminución de la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

Depresión es un trastorno reversible que se confunde con la demencia debido a las disfunciones cerebrales e impedimentos cognitivos que se presentan en estas afecciones y que también están presentes en la demencia.

(Jean Piaget, pag.115).

5.6.2 Cambios psicosociales.

Los cambios psicosociales que ocurren durante el envejecimiento conllevan cambios en las funciones y en las relaciones. Las funciones y las relaciones dentro de la familia cambian a medida que los padres ya mayores o las esposas enviudan.

La jubilación se asocia frecuentemente y de forma errónea con la pasividad y la retirada de la vida activa. En realidad, se trata de una etapa de la vida caracterizada por las transiciones y los cambios de función.

El aislamiento social, muchos ancianos experimentan aislamiento social que se acentúa con la edad. Existen dos formas de aislamiento. El aislamiento puede ser elegido como consecuencia del deseo de no interactuar con los demás. El aislamiento también puede darse como repuesta a condiciones que inhiben la capacidad o la oportunidad de interactuar con otras personas.

(James O. Whittaker pag. 607).

La sexualidad cada vez se reconoce su importancia en el cuidado de los ancianos. Todos ellos; sanos o enfermos, necesitan expresar sentimientos, la sexualidad, no solamente incluye al acto del coito en sí, sino también el amor, el calor, el afecto, el compartir y el contacto. La sexualidad está unida a la identidad del individuo y da valor a las creencias de que las personas necesitan darse a otros y ver este don reconocido.

El alojamiento y el entorno, la capacidad del adulto mayor de vivir independiente condiciona en gran medida la elección del alojamiento.

El modo de vida del anciano está influido por los cambios que se producen en las funciones sociales, las responsabilidades familiares y el estado de salud.

La muerte Una parte de las vivencias de la persona anciana es la experiencia de la muerte de miembros de la familia y de amigos a medida que el adulto mayor va avanzando en edad, va perdiendo a sus amigos, los cuales mueren al hacerse mayores.

(James O. Whittaker pag. 608-610).

De acuerdo con Erickson, el principal desempeño evolutivo de la madurez como la integridad del yo en oposición a la desesperanza, se caracteriza como adquisición de sabiduría y la posesión de una filosofía unificada de la vida, acepta su responsabilidad por lo vivido y valora la dignidad por la forma de vida que ha elegido". Existe un sentimiento de integridad de metas realizadas a lo largo de la vida plena, aparece la desesperanza si no se ha producido la integración del "yo", y al individuo le falta un sentimiento de consumación, al tiempo que tiene una sensación de que es demasiado tarde para cambiar, el anciano se siente abrumado por las oportunidades desperdiciadas o mal aprovechadas, y por el temor a la muerte inminente.

El envejecimiento normal no da lugar a cambios específicos de la personalidad, por lo general los valores y los rasgos personales tienen un carácter estable; una de las principales adaptaciones que debe realizar el individuo que envejece es experimentar por primera vez, el efecto de la edad cuando pierden el rol ocupacional a través de la vida; cuando un individuo tiene una actividad en su rol como su principal interés, actividad y fuente de contacto social, el retiro le deja un significado vacío en su vida.

En una sociedad que valora la juventud se refuerzan los estereotipos y los mitos, las concepciones erradas acerca de la vejez son diversas y afectan las actitudes de los profesionales de la salud el público general y los medios de comunicación, algunos de los mitos son los siguientes: la mayoría de los ancianos son seniles, el mito de la improductividad, los adultos maduros son asexuados, los adultos mayores son inflexibles y rígidos.

La depresión se presenta durante toda la vida pero es más común en el anciano, esta es reactiva consecutiva a pérdidas acontecidas, que oscila entre el 10 y el 70%; los síntomas comprenden melancolía insomnio, falta de energía anorexia y pérdida de peso, a menudo es necesario la intervención psicoterapéutica para la restauración funcional, esta misma se puede lograr mediante el apoyo familiar y las redes de apoyo comunitario.

Un componente necesario de la valoración de la depresión es la determinación de la ideación suicida, la frecuencia del suicidio aumenta en hombres y mujeres después de los 60 de edad. Los hombres presentan la tasa más alta de suicidios en comparación con las demás edades.

El perfil más común consiste en un hombre blanco sin pareja con problemas de salud, escasos ingresos, protestante con problemas de soledad, que no está asociado ni afiliado a ninguna organización.

Esta descripción se realiza para comprender mejor las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor considerando que el caso clínico trata de una mujer de 75 años, por lo que enfermería debe tener un concepto amplio de estos aspectos que caracterizan al adulto mayor y considerarlo para el desarrollo del plan de cuidados (*Richard D. Gross. pag. 471, 472*).

5.7 Comunicación en el adulto mayor.

El desarrollo del lenguaje durante los primeros años de vida se caracteriza por un incremento de las capacidades comunicativas y lingüísticas. Sucede que en el proceso de envejecimiento Podemos decir que en la vejez hay un desarrollo de la comunicación y del lenguaje, porque se amplía el conocimiento general del mundo, y se dispone de más contenidos y experiencias para comunicar.

Pero al mismo tiempo, en el envejecimiento normal, aparecen dificultades de acceso al léxico, dificultades de procesamiento sintáctico y de organización del discurso.

Estas dificultades parecen tener su origen en una pérdida de eficacia en el procesamiento: se hace difícil o incluso imposible encontrar un nombre en el momento en que se necesita, aparecen dificultades en la comprensión de frases complejas, o se pierde con mayor facilidad el hilo de una conversación. En algunas personas, cuyo proceso de envejecimiento es excepcional porque se ve aumentado por alteraciones neurológicas, se produce también un deterioro en la comunicación y el lenguaje.

(Baron, Byrne Kontowtz, pag 133).

La comunicación es un intercambio de información entre dos o más personas. Es el Instrumento que utilizamos para relacionarnos entre nosotros. Así, por medio de ella, podemos compartir y expresar nuestras ideas, sentimientos, informar y conseguir nuestros propósitos.

Existen distintos tipos de comunicación (verbal y no verbal). Mientras que la relación la podemos definir como la conexión que hay entre dos o más personas como son la relación de trabajo o relación amorosa, que originan un trato diario con las personas.

El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad.

www.wikipedia.com

En esta independencia que necesita el anciano influyen los siguientes factores:

Las características del entorno influyen en una buena comunicación, el medio social y cultural en el que se desenvuelve el anciano, la disponibilidad económica facilita la comunicación, los medios de la comunidad que favorezcan o entorpezcan la relación, los cambios rápidos de la comunicación de masas son a veces causa de problemas en la comunicación del anciano.

La soledad es un problema fundamental en relación con el envejecimiento y la comunicación, la invalidez, la pérdida del cónyuge o seres queridos a veces rompe uno de los vínculos afectivos más fuertes como es la familia, las actitudes cerradas, posiciones personales rígidas, etc., son factores que impiden la comunicación, generan mal estar y desafección.

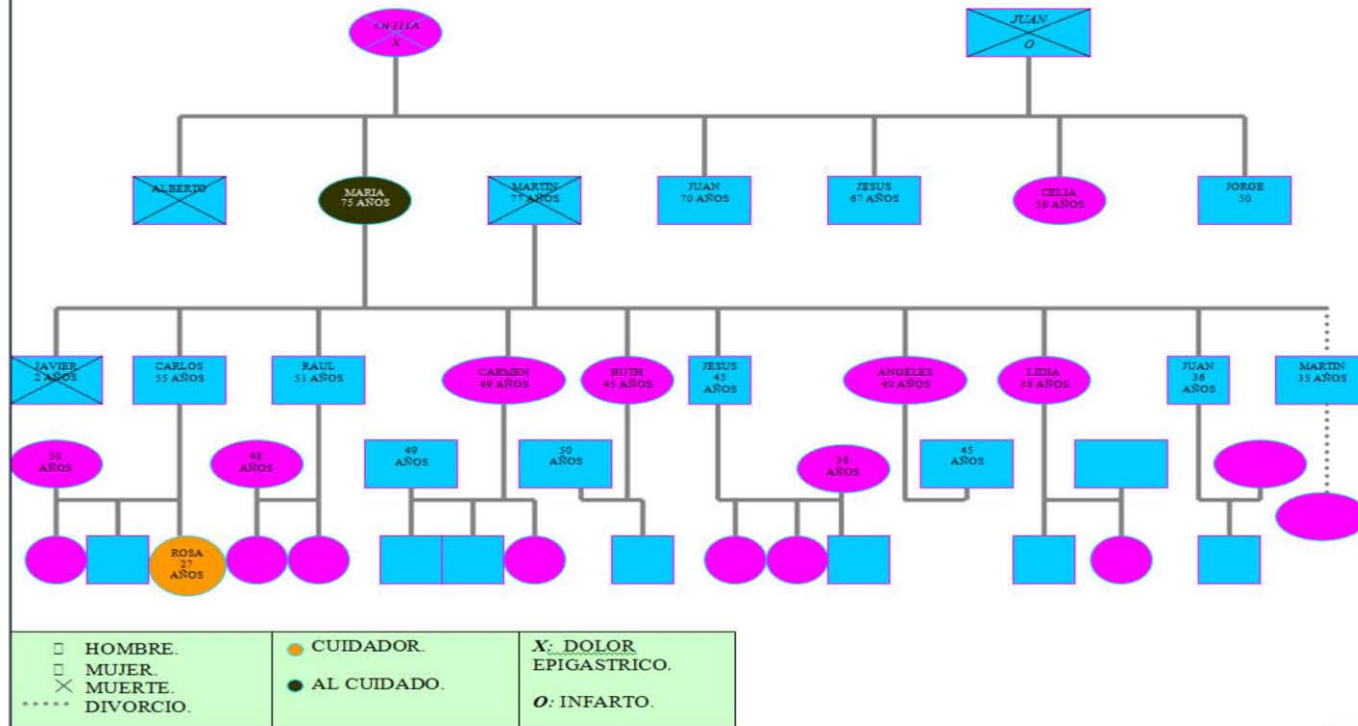
El sentimiento de soledad hay que diferenciarlo porque puede ser real o compartido.

En los mayores que viven acompañados la soledad se produce no tanto por la falta de buena disposición de las personas, como por razón de las nuevas formas de vida que se ha ido imponiendo a todos, aunque el resultado sea el mismo, el empobrecimiento progresivo de los refuerzos afectivos que más se necesitan en esta etapa, los hijos y los nietos.

La soledad real se da en aquellos mayores que no tienen con quien compartir sus temores, sus vivencias, sus perspectivas; es triste y provoca angustia y temor.

Por otra parte, los mayores que viven solos, además de su falta de compañía o de no haber podido llevar una buena relación y una buena comunicación, son cada día más vulnerables (*Richard D. Gross. pag. 490, 496*).

FAMILIOGRAMA



APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.-VALORACION DE LA PERSONA

DATOS GENERALES.

María de 75 años, ocupación: ama de casa, religión: católica, escolaridad: analfabeta, es originaria del Colesio municipio de Ecuandureo y reside actualmente en Zamora Michoacán, Pesa de 62.30 kilogramos, Talla 1.49 cm. Se casó a los 14 años, es madre de 10 hijos; 4 mujeres y 6 hombres. El primogénito falleció a los dos años, Carlos de 55 años, Raúl de 51 años, Carmen de 49 años, Ruth de 45 años, Jesús de 43 años, Ángeles 40 años, Lidia 38 años, Juan 36 años, Martin 33 años. Siendo mayores todos se casaron y ella se quedó con su marido, quien falleció hace 5 años de cáncer en la próstata, por lo que actualmente vive con su nieta.

Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, su casa es de material en obra negra, el piso la mayor parte es liso que son 4 cuartos, 2 tiene vitropiso, al final de la casa cuenta con 2 cuartos de madera donde no hay luz ni ventanas, funcionan 3 focos en toda la casa. Las ventanas de la casa; 3 tienen cortinas y la habitación donde ella duerme, cuenta con una tela que hace la función de cortina, tiene un refrigerador que usa como archivero y aunque si sirve no lo necesita como tal. Tiene una mesa y una silla, refiere haber regalado su comedor.

1.- **OXIGENACION;** Buena coloración de piel y tegumentos. FC; 60, FR; 20.

2.- **NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATACION;** Realiza 3 comidas diarias incluye huevo 4/7, carne 3/7, leche 7/7, tortilla 6/7, frijol 5/7, avena 7/7, pan 4/7, frutas 5/7, verduras 4/7, le faltan algunas piezas dentales como son caninos, incisivo lateral y segundos molares, por la cual no se le dificulta para la masticación., ingiere 1 vaso de agua, manifiesta preferencia por el refresco, en la entrevista se le explico la importancia del agua en el organismo para su edad comprometiéndose a ingerir un poco mas .

3.- **ELIMINACION;** Presenta evacuaciones 1 cada 48 horas, de color café claro, eliminación de heces duras, expresa dolor a la evacuación. Manifiesta micciones 3 veces al día de color amarillo ámbar. Su abdomen ligeramente duro a la palpación y con disminución de la peristalsis.

4.-**NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA;** Se mantiene en cama la mayor parte del día, en decúbito lateral izquierdo, cambiando a posición supina para descansar, se ayuda de un bastón para la deambulación, expresa dolor al movimiento, no realiza ningún tipo de ejercicio.

5.- **USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS;** Su estado emocional no influye para la selección de sus prendas de vestir, , tiene la capacidad para vestirse y desvestirse por sí sola.

6.- **DESCANSO Y SUEÑO;** Con dificultad para conciliar el sueño, duerme en promedio 5 horas despertándose continuamente en las noches, lo atribuye a la tristeza de que sus hijos prácticamente la tienen abandonada, no acostumbra a consumir medicamentos para conciliar el sueño.

7.-NECESIDAD DE TERMORREGULACION; Temperatura axilar de 36.1, se adapta con facilidad a los cambios de temperatura.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION; Baño cada ocho días con ayuda de su hija, cuenta con apoyo económico de su hijo menor, presenta una úlcera en extremidad inferior derecha a nivel de rotula. Realiza aseo bucal 1 vez al día, caspa en el cuero cabelludo, uñas largas y sucias, ropa sucia, se lava las manos cada vez que las trae sucias, mal olor corporal. Dice tener poca ropa interior y no cambiarse todos los días, zapatos adecuados para su edad.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS; Esquema de vacunación completo a excepción de toxoide tetánico, faltando 2º refuerzo. Ve y escucha bien, no hay ninguna clase de fauna nociva en su casa. Manifiesta que su familia ya no está con ella por lo tanto, le atemoriza tener un accidente porque no habrá quien la ayude y menciona desconocer las medidas de prevención de accidentes en su hogar.

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN; comenta que no tiene buena comunicación con sus hijos, manifiesta que está un poco molesta porque no la visitan y prácticamente la han abandonado, extraña mucho a su hijo el menor que está en E.U por motivos de trabajo. No lo ha visto desde hace 3 años, solo tiene contacto con el por vía telefónica. Posee una gran facilidad de palabra pero la relación con sus vecinos es escasa por su dificultad para la marcha, de tal modo que la limita para el trato con ellos.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES; Es católica , aun que manifiesta asistir muy poco a misa, reza el rosario todas las noches como un pasatiempo, menciona haber inculcado a sus 9 hijos los valores que ella y su esposo practicaban, comenta que no tener miedo a morir .

12.- **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE;** Orgullosa por la educación que le brindo a sus hijos a pesar de ser analfabeta, expresa su realización como madre, no se siente triste por no poder realizar algunas de sus labores domesticas, nunca trabajo excepto cuando ya sus hijos se casaron vendía dulces a fuera de su casa pero desde hace 8 meses ya no realiza esa actividad, por el momento cuenta con la ayuda de la presidencia y del DIF de Zamora con el programa de 70 y más donde le apoyan económicamente con (1000. 00) y le brindan una despensa donde ella señala que cuenta con lo necesario para comer, aparte dice sentirse bien y tranquila ya que su hijo que se encuentra en E.U le apoya económicamente .

13.- **NECESIDAD DE RECREACION;** Satisfecha con su rol ya que su pasatiempo es ver la televisión, rezar el rosario por las noches, regar sus plantas y darle los cuidados necesarios a las aves y gatos que tiene como mascota, además dice disfrutar mucho del rezo acompañada de la Biblia, porque siente que Dios esta más cercano a ella, aunque no sepa leer.

14.- **NECESIDAD DE APRENDIZAJE;** No sabe leer ni escribir (analfabeta) dice que solo sabe plasmar su nombre, su hija le enseño como, manifiesta que por el momento no le interesa formar parte de algún grupo que le ayude a su aprendizaje.

**6.1 CLASIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y
SUBJETIVOS.**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICION PD. TD. IDP
1.- OXIGENACION	FC; 60, FR; 20	Buena coloración de piel y tegumentos	ID
2.-NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATACION	Faltan algunas piezas dentales.	Realiza 3 comidas.	ID
3.- ELIMINACION		Evacua 1 c/d 48 hrs. manifiesta dolor. Micciones 3 al día. Abdomen duro a la palpación.	PD
4. MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA		Dolor al movimiento. Requiere ayuda para la deambulacion (bastón)	PD
5.- USO DE PRENDAS DE		Su estado emocional no	ID

VESTIR ADECUADAS.		influye para seleccionar su vestimenta.	
6.- DESCANSO Y SUEÑO.		Insomnio. Duerme mucho de día y de noche se dificulta.	PD
7.- TERMOREGULACION.	Temperatura 36.1		ID
8.- HIGIENE Y PROTECCION.	Presenta 1 ulcera en extremidad inferior derecha.	Aseo bucal 1 vez al día. Lavado de manos las veces que sean necesarias. Aspecto general descuidado.	TD
9.- EVITAR PELIGROS.		Desconoce medidas preventivas de accidentes en su hogar. Vive sola.	PD
10.- COMUNICACIÓN.		No hay buena comunicación con sus hijos.	PD

11.- DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES		Católica, asiste poco a misa. No tiene miedo a la muerte.	ID
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE.		Ama de casa. Analfabeta. Le dan ayuda de la presidencia (programa 70 y más)	ID
13.- RECREACION.		Reza el rosario por las noches. Otorga los cuidados necesarios a sus mascotas.	ID
14.- DE APRENDIZAJE.		No le interesa formar parte de algún grupo de ayuda.	ID

6.2 JERARQUIZACION.

NECESIDAD	JERARQUIZACION	CONDICION DEL PACIENTE
1.- OXIGENACION	1.- COMUNICACIÓN.	DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD.
2.-NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATACION	2.- HIGIENE Y PROTECCION.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD.
3.- ELIMINACION	3.- ELIMINACION	PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE FUERZA.
4. MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA	4.-MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA.	DEPENDIENTE POR FALTA DE CONOCIMIENTO.
5.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.	5.-. ALIMENTACION E HIDRATACION.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE CONOCIMIENTO.
6.- DESCANSO Y SUEÑO.	6.-DESCANSO Y SUEÑO.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR CONOCIMIENTO.
7.- TERMOREGUL	7.- DE EVITAR PELIGROS.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR

ACION.		FUERZA
8.- HIGIENE Y PROTECCION.	8.- OXIGENACION.	INDEPENDIENTE
9.- EVITAR PELIGROS.	9.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	INDEPENDIENTE
10.- COMUNICACIÓN.	10.- TERMOREGULACION	INDEPENDIENTE
11.- DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES	11.- DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES	INDEPENDIENTE
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE.	12.- TRABAJAR Y REALIZARSE.	INDPENDIENTE
13.- RECREACION.	13.- RECREACION.	INDEPENDIENTE
14.- DE APRENDIZAJE.	14.- DE APRENDIZAJE.	INDEPENDIENTE

**6.3 JERARQUIZACION. ELABORACION DE DX
JERARQUIZADOS**

NECESIDAD.	DIAGNOSTICO.
1.- COMUNICACIÓN.	<p>DOMINIO 6: Autopersepcion., CLASE 1: Autoconcepto. Riesgo de soledad R/C ausencia de familiares.</p> <p>DOMINIO 7: Rol /Relaciones, CLASE: 3 Desempeño de rol. Deterioro de la interacción social R/C ausencia de personas significativas M/P incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social. Código 00052, NANDA 2009-2011, pág. 218.</p>
2.- HIGIENE Y PROTECCION.	<p>DOMINIO 11: Seguridad y protección, CLASE 2: Lesión física</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física M/P destrucción de las capas de la piel. Código 00046, NANDA 2009-2011, pag 310.</p> <p>DOMINIO 1: Promoción de la salud. CLASE 2: Gestión de la salud</p> <p>Descuido personal R/C ausencia de personas significativas M/P aspecto general desaliñado</p>

	y mal olor corporal. Código 00193, NANDA 2009-2011, pag 57.
3- ELIMINACION.	DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio. CLASE 2: Función Gastrointestinal. Estreñimiento R/C aporte insuficiente de líquidos M/P eliminación de heces duras, secas y formadas. Código 00011, NANDA 2009-2011, pág. 102, 103.
4.-MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA.	DOMINIO 4: Actividad / Reposo. CLASE 2: Actividad / Ejercicio. Deterioro de la movilidad física R/C con dolor y deterioro musculo esquelético M/P dificultad para girarse y cambiar de posición por si misma. Código 00095, NANDA 2009-2011, pág. 127.
5. ALIMENTACION E HIDRATACION.	DOMINIO 2: Nutrición. CLASE 5: Hidratación Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos. Código 00160, NANDA 2009-2011, pág. 85.
6.-DESCANSO Y SUEÑO.	DOMINIO 4: Actividad / Reposo. CLASE 1: Sueño / Reposo. Insomnio R/C factores del entorno no familiar M/P dificultad para conciliar el

	<p>sueño.</p> <p>Código 00095, NANDA 2009-2011 pág. 116.</p>
<p>7.- DE EVITAR PELIGROS.</p>	<p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección.</p> <p>CLASE 2: Lesión Física.</p> <p>Riesgo de caídas R/C por vivir sola.</p> <p>Código 00155, NANDA 2009-2011, pág. 306.</p>

6.4 PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: COMUNICACION

DOMINIO 7: Rol / Relaciones. CLASE 3: Desempeño de rol. Deterioro de la interacción social R/C ausencia de personas significativas M/P incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social. Código 00052, NANDA 2009-2011, pág. 218.

Diagnostico: DOMINIO 6: Auto percepción, CLASE 1: Auto concepto. Riesgo de soledad R/C ausencia de familiares. Código (00054), NANDA 2009- 2011, Pág. 189.

Dependiente.

Objetivo; Fomentaré la interacción social con la señora María, mediante la participación activa con la familia, involucrándola más en su cuidado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Valorar la percepción de la soledad que tiene la usuaria.	-En personas con riesgo de partida de un ser querido aumenta el riesgo de soledad y el aislamiento social. <i>(Perese et al 2003).</i>	-Se valoro mediante la relación que hubo enfermera-paciente y se le propuso algunas actividades que mejoraran su calidad de vida (no lo acepta por completo).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Utilizar habilidades de escucha activa, establecer una relación terapéutica con la usuaria.</p> <p>-Crear un ambiente de confianza entre enfermera, paciente y familia.</p> <p>-Enseñar al usuario y a la familia: técnicas para aumentar la comunicación (memorias y recuerdos familiares como mostrar fotos, platicar de experiencias que les ha pasado a ambos).</p>	<p>-La escucha activa es el medio de canalizar la soledad. (<i>Sundin et al 2002</i>).</p> <p>-La interacción humana y personal, con el usuario y familia favorece al bienestar social y psicológico (<i>Richardson 2002</i>).</p> <p>-Los métodos de comunicación son necesarios cuando el usuario o familia es incapaz de expresar los sentimientos. (<i>Mohon y Yarcheski, 1991</i>).</p>	<p>-Al realizar la actividad, la señora mostro más interés en compartir su vida y por algunos momentos expreso no sentir soledad.</p> <p>-Se logro crear un ambiente cordial entre la familia y la usuaria y esta manifiesta sentirse bien.</p> <p>-Con esta actividad se logro, que la familia en conjunto recordara momentos importantes de sus vidas comprometiéndose a mejorar su convivencia.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-La familia pasara el tiempo con la paciente, dándole espacio para resolver sus inquietudes.	-La presencia hace explicito que el otro es querido; esta es una vivencia universal que es importante para la salud y la calidad de vida dando como respuesta positiva recuperación y curación espiritual. <i>(kettunel 2003)</i> .	-Al realizar esta acción, la señora María refiere sentirse bien por el momento al sentir la compañía de sus seres queridos.

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Higiene y Protección.

Diagnóstico: DOMINIO 11; Seguridad y protección. CLASE 2: Lesión física. Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física M/P destrucción de las capas de la piel. Código 00046, NANDA 2009-2011, pág. 310.

Parcialmente Dependiente.

Objetivo: La usuaria y la familia aprenderán la importancia de los cuidados de la piel para mantenerla sana.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
- Enseñar al paciente a valorar la piel y la manera de vigilar la lesión cutánea inmediata.	-La valoración temprana e intervención ayudan a prevenir la aparición de problemas graves, se valora mediante: la temperatura, el color e integridad de su piel. <i>(Tortora grabowsky 2006).</i>	-Se educo a la usuaria sobre los signos y síntomas que debe tomar en cuenta para prevenir la aparición de nuevas ulceras.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Brindar cambios de posición a la paciente cada dos horas y convencer a la familia de la importancia de hacerlo.</p> <p>-Colocar en el miembro inferior lesionado donas o almohadas para que disminuya la presión.</p>	<p>-Los cambios de posición incluyen mover al individuo a una posición diferente para eliminar o redistribuir la presión de una parte del cuerpo y evitar que se interrumpa el flujo sanguíneo de los tejidos y no haya suministro de oxígeno, provocando como lesión tisular. <i>(Susana Rosales B. 2004, fundamentos de enfermería).</i></p> <p>-Las almohadas colocadas en el área afectada del paciente, disminuye la interface de presión <i>(wound, ostomy, and continence nurses sosciety 2004)</i></p>	<p>-La usuaria no presento ninguna otra ulcera por decúbito mediante su reposo en cama.</p> <p>-La señora María está logrando la integridad de la piel en la rotula donde presenta la ulcera.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Realizar caminatas de 15 minutos al día.</p> <p>-Enseñar a la paciente y familia el tendido de cama adecuado que implica estirado de sabanas para evitar la aparición de nuevas úlceras.</p>	<p>-La actividad física y las contracturas musculares estimulan y ayudan a la persona adulta a que presente una buena circulación de la piel e irrigación del flujo sanguíneo, aumenta la fuerza, equilibrio, resistencia y la movilidad. <i>(Resnick,2002).</i></p> <p>-La finalidad de un buen tendido de cama tiene como objetivo no presentar pliegues ni arrugas, ya que ello puede afectar a la comodidad del paciente, predisponiéndole para la aparición de úlceras por presión. <i>(Susana Rosales B. 2004, fundamentos de enfermería)</i></p>	<p>-La usuaria se mostró un poco renuente al principio al querer implementar la actividad (conforme fue pasando el tiempo fue aceptando breves caminatas).</p> <p>-La usuaria y su nieta aprendieron de manera rápida a realizar el adecuado tendido de cama previniendo la aparición de nuevas úlceras.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Usar lociones y emolientes para evitar que la piel se seque.</p> <p>-Curación diaria durante 8 días con debridación de tejido necrótico, posteriormente cada tercer día para atención de escara.</p>	<p>-Las lociones ayudan a la hidratación y descamación de la piel, evitar los productos que contengan alergénicos como lanolina, laxantes y tintes que causan lesiones en la piel (<i>Sibbald y cameron, 2000</i>).</p> <p>-No se produce la cicatrización cuando hay tejido necrótico, ya que impide la buena irrigación de la sangre en la parte afectada (<i>Prevention of pressur ulcer in adults 1992</i>).</p>	<p>-No acepta hasta el momento el uso de cualquier tipo de loción, respetando su decisión.</p> <p>-Satisfactoriamente, casi está sana y no presenta ningún dato de infección por el momento.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Mantener la piel de la paciente en todo momento limpia y seca.</p>	<p>-La presencia de sudor, humedad, y sequedad excesiva causan la irrigación y la maceración de la piel, disminuyendo de este modo la tolerancia tisular y haciendo a la piel más vulnerable a las lesiones. <i>(B. Kozier pag.842)</i></p>	<p>-El cuidador, sobrina logra comprender la importancia de una piel seca, comprende la importancia de una buena técnica de asepsia y antisepsia para tener la piel de la paciente limpia.</p>
<p>-Evaluar las condiciones de la piel en cada visita.</p>	<p>-La limitación de la movilidad disminuye la circulación y colocan al usuario en una situación de riesgo para la aparición de lesiones en la piel. <i>(Boehm,1898;Steckel,1974).</i></p>	<p>-La señora María no presenta ninguna ulcera por decúbito agregada.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: HIGIENE Y PROTECCION.

Diagnostico: DOMINIO 1: Promoción de la salud, CLASE 2: Gestión de la salud. Descuido personal R/C ausencia de personas significativas M/P aspecto general desaliñado y mal olor corporal. Código 00193, NANDA 2009-2011, pag 57.

Parcialmente Dependiente.

Objetivo: La usuaria realizará actividades sanitarias para mejorar su higiene personal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Explicar la importancia del aseo personal para su salud y control de (piel, cabello, uñas).	-La higiene personal es un acto generalmente autónomo, que mantiene limpio y libre de impurezas en la parte externa del cuerpo. <i>(Tortora grabowsky 2006)</i>	-La usuaria logra entender la importancia del aseo personal, manifiesta tratar de hacer todo lo posible para estar presentable.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Fomentar el hábito del baño cada tercer día y posteriormente diario.</p>	<p>-El baño tiene como función eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se acumulan, estimula la circulación, dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. <i>(Boehm,1898;Steckel,1974).</i></p>	<p>-Hasta el momento esta actividad no la acepta del todo ya que realiza el baño 2 veces por semana. (Refiere coraje cuando le quieren ayudar ya que no le gusta del todo poniendo de pretexto el frio por las lluvias).</p>
<p>-Se aconseja el uso de vestidos cómodos y confortables de acuerdo a su edad.</p>	<p>-La ropa cómoda de algodón permite transpirar adecuadamente y debe ser sin ligaduras y ligera para que a su vez permita los movimientos a realizar. <i>(mohon y yarcheski, 1991).</i></p>	<p>-Se logra el cambio y la aceptación del cambio de ropa de la señora María, menciona sentirse más cómoda y segura.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Eliminación.

Diagnostico: DOMINIO 3; Eliminación e Intercambio, CLASE 2; Función Gastrointestinal, Estreñimiento R/C aporte insuficiente de líquidos M/P eliminación de heces duras, secas y formadas.

Código 00011, NANDA 2009-2011, pág. 102, 103.

Parcialmente dependiente

Objetivo: La usuaria logrará disminuir su estreñimiento a través de las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de líquidos, la actividad y el establecimiento de rutinas de eliminación fecal para lograr heces blandas y formadas.	-La ingesta de fibra, líquidos y actividad suelen reducirse en el usuario anciano, el incremento de estos, puede prevenir el estreñimiento y se ha demostrado que el incremento de la actividad es útil para evitar estreñimiento en el adulto mayor. (Muller - lissner et al 2005).	-Se le informo sobre la importancia de su alimentación, menciona tratar de poner todo de su parte para mejorar su calidad intestinal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Asegurarse de que el usuario reciba cantidades adecuadas de fibra, de 25 a 30 gr al día, hacer hincapié en que ingiera alimentos como fruta fresca, legumbres, verduras, y cereales integrales. Añadir fibra a la dieta gradualmente con el incremento a la ingesta de líquidos.</p> <p>- Aconsejar una ingesta de líquidos de un litro y medio a dos al día (de seis a ocho vasos de líquidos diarios).</p>	<p>-La fibra incrementa la frecuencia de las deposiciones en los usuarios con estreñimiento (<i>Muller - lissner et al 2005</i>).</p> <p>-El incremento de ingesta de líquidos puede aumentar la frecuencia de deposiciones en el usuario con estreñimiento (<i>Dunn y galka 1994, nutrición en el adulto</i>).</p>	<p>-Asegura la señora María sentir una mejoría en su estomago, refiere sentir las evacuaciones sin tanta dificultad, defecando de 1 a 2 veces al día.</p> <p>-Se logro que la señora María tomara un poco mas de agua de lo normal para ella, permitiéndole seguir tomando su refresco en pocas cantidades.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Iniciar horario de defecación regular, usando para ello los momentos normales del usuario siempre que sea posible. Ofrecer café, agua con limón caliente, o sumo de ciruela pasa antes del desayuno u ofrecerlo 30 minutos después del desayuno debido al reflejo gastrocolico.</p>	<p>-El establecimiento de un horario regular proporciona al usuario la sensación de control, pero lo más importante favorece la evacuación antes de que se sequen las heces y se produzca el estreñimiento. La ingesta de líquidos calientes puede estimular el peristaltismo y provocando la defecación. <i>(Kettunel 2003).</i></p>	<p>-Señala la usuaria que sus eliminaciones intestinales las realiza en la mañana y por las tardes para llevar un control y educar poco a poco su estomagó.</p>
<p>-Discutir con la usuaria los aspectos de la dieta que no van a cambiar.</p>	<p>-Los aspectos de la vida del usuario que para él son importantes y valiosos deben entenderse y respetarse sin hacer cambios. <i>(Leininger y McFarland 2002).</i></p>	<p>-La usuaria se muestra satisfecha por los cambios en su alimentación ya que ha observado mejoría en su salud.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Recomendar a la usuaria tratar con el médico la necesidad de dosis bajas de multivitaminas y suplementos minerales.</p> <p>-Se observaron los patrones socioeconómicos que influyen en la dieta brindada a la usuaria.</p>	<p>-Generalmente se recomienda que las personas mayores de 50 años tomen una multivitamina al día para asegurar la cantidad adecuada de vitaminas y minerales , ya que esto favorece a una inmunidad mayor y a un índice menor de infecciones . <i>(Chandra,1997;Jonshon y Porter,1997).</i></p> <p>-En un estudio se observo que todo ser humano con ingresos económicos y accesibilidad limitada pueden recibir ayuda para elegir los alimentos de una dieta equilibrada. <i>(Heineken, 1998).</i></p>	<p>-La usuaria con la ayuda de su sobrina ingiere su medicamento en el horario correspondiente y de una manera total explicándole los beneficios que obtendrá, refiere aceptarlos.</p> <p>-Se logro que la persona encargado de la señora María que es la sobrino, aporte económicamente para la alimentación de su abuela, mientras la usuaria expresa sentirse bien.</p>

INTERVENCIONES DE ENFEREMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Solicitar a la familia y enfermera que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo ingerido y bebido, analizar la calidad, cantidad y modelo de ingesta alimentaria.</p>	<p>-Usar un diario de comida es útil para la enfermera y la usuaria para valorar los alimentos ingeridos y los patrones de alimentación, ya que el autocontrol ayuda a valorar la adherencia a criterios auto determinados de objetivos deseados. <i>(Leininger y McFarland 2002).</i></p>	<p>-La señora María se mantiene alerta al consumo de sus alimentos, ayudando a la selección de los mismos.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Moverse y mantener la postura.

Diagnostico; DOMINIO 4; Actividad / Reposo, CLASE 2; Actividad / Ejercicio, Deterioro de la movilidad física R/C con dolor músculo esquelético M/P dificultad para girarse y cambiar de posición por si misma.

Código 00095, NANDA 2009-2011, pág. 127.

Parcialmente dependiente.

Objetivo: La usuaria logrará disminuir el nivel de dolor y se desplazará por si misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Animar a la usuaria a que asista con su médico, el tratamiento adecuado a su malestar y posteriormente vigilar la ingesta del mismo.	-El cuidado y el complemento de fármacos ayuda a mitigar el dolor que se presenta en alguna parte del cuerpo, favoreciendo una calidad de vida mejor. <i>(Tortora Grabowski 2006).</i>	-La señora María comprendió con claridad el beneficio de ingerir todo el medicamento prescrito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Enseñar a la usuaria a manejar la mecánica corporal.</p>	<p>-La mecánica corporal es una actividad funcional, que mejora el aspecto físico y evita disminuir los desequilibrios fisiopsicosociales y favorece la independencia, para coordinar y dirigir la alineación corporal y lograr una estimulación neuromusculosqueletico. <i>(Heineken, 1998).</i></p>	<p>-La usuaria María puede deambular libremente dentro de su cama, a un se pretende que la usuaria deambula en la calle, es decir más distancia.</p>
<p>-Se coloca a la paciente en posición Dorsal con piernas elevadas. (Supina).</p>	<p>-Esta posición ayuda a la relajación muscular, favoreciendo el riesgo de edema en extremidades inferiores. <i>(Susana Rosales B. 2004, fundamentos de enfermería).</i></p>	<p>-Se logro que la usuaria encontrara una posición cómoda para el descanso diaria, refiere descansar bien al final del día.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Alimentación e hidratación.

Diagnóstico: DOMINIO 2: Nutrición. CLASE 5: Hidratación

Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.

Código 00160, NANDA 2009-2011, pág. 85.

PARCIALMENTE DEPENDIENTE.

Objetivo: La usuaria mejorará el aporte de líquidos mediante intervenciones de enfermería y con una dieta adecuada a sus necesidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Convencer a la usuaria de incrementar la ingesta de líquidos, de acuerdo a su requerimiento.	-Los ancianos están predispuestos a un volumen deficitario de líquidos debido a que existe una menor cantidad de líquido corporal, menos sensación de sed y menos capacidad para concentrar la orina, y dificultad para la defecación. (Morley 1997).	-La usuaria incremento la ingesta de líquidos pero se le explico que no era suficiente para ayudarle al problema actual que presenta (estreñimiento).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Informar de los riesgos de infección por la ingesta elevada de refresco y aguas dulces.</p> <p>-Orientar a la usuaria sobre la importancia de un a dieta balanceada.</p>	<p>-Los azúcares refinados y fructuosos dificulta la absorción de hierro en el organismo, lo cual puede llevar a anemia y con frecuencia a infecciones urinarias. <i>(Tortora Grabowsky 2006)</i></p> <p>-La finalidad de una dieta es aprender una nueva forma de alimentarse completa y con todos los nutrientes necesarios, para mantener una vida sana. <i>(B. Kozier pag.842)</i></p>	<p>-Se encuentra consciente de los riesgo que se podrían presentar pero menciona que su bebida preferida no la dejara por el momento (refresco),expresa ir poco a poco ir aumentando mas los líquidos.</p> <p>-La señora María logro integrarse a su dieta y esto se pudo comprobar con las llamadas telefónica que muchas veces hizo para preguntar si debía comer tal o tal alimento o como la afectaban.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Descanso y sueño.

Diagnostico; DOMINIO 4; Actividad / Reposo, CLASE 1; Sueño / Reposo, Insomnio R/C factores del entorno no familiar M/P dificultad para conciliar el sueño.

Código 00095, NANDA 2009-2011 pág. 116.

Parcialmente dependiente.

Objetivo: La usuaria mejorará la cantidad y calidad de sueño mediante acciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Ofrecerle al paciente un vaso de leche tibia por las noches.	-La leche contiene grandes cantidades de triptófanos, los aminoácidos relajantes que inducen el sueño. <i>(Richardson 2002).</i>	-La señora María expresa tomar la leche cada tercer día, su motivo es porque casi no le apetece desde su infancia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Ofrecer Te de pasiflorina.</p> <p>-Motivar a la usuaria a escuchar música suave para facilitar el sueño.</p>	<p>-Las propiedades de la pasiflorina tiene efecto sedante, relajante y tranquilizante del sistema nervioso. Ayuda en el tratamiento del insomnio, facilitando la conciliación del sueño y permitiendo el descanso que el cuerpo necesita. <i>(Tortora Grabowsky 2006).</i></p> <p>-La música provoca una mejor calidad de sueño, mayor duración, eficacia, latencia menor del sueño y menos disfunción durante el día <i>(Lai y Good, 2005).</i></p>	<p>-Se logra un descanso en calidad así lo refiere la paciente ya que descansa, horas de calidad mediante esta recomendación hecha y evita así desequilibrio en su necesidad de descanso y sueño.</p> <p>-Refiere que esta actividad solo la realiza cuando su nieta llega temprano del trabajo, ya que ella no tiene los conocimientos para manejar los aparatos eléctricos (estéreo).</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Ayudar a la usuaria a tomar un baño caliente por la noche.</p> <p>-Se mantendrá activo durante el día el paciente para facilitar el descanso nocturno.</p>	<p>-El calentamiento pasivo mediante el uso de un baño caliente aumenta el sueño profundo en los ancianos. (<i>Dorsey et al. 1996</i>).</p> <p>-La terapia ocupacional en el adulto mayor cumple con un rol fundamental como tal, para disminuir los episodios de sueño y aumentar el estado de alerta del paciente. (<i>Janet W. Griffith 1993</i>).</p>	<p>-La señora María solo realiza la actividad cuando siente que no podrá conciliar el sueño, ya que refiere que por las noches se le dificulta adoptar su temperatura corporal de nuevo.</p> <p>-La usuaria refiere horas de sueño de calidad, se siente descansada y relaja cuando realiza actividades en el día (el quehacer de su hogar y cuidados a sus mascotas).</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Evitar ingerir bebidas que contengan cafeína, café, chocolates.</p> <p>-Proporcionar al familiar como dar un masaje en la espalda a la usuaria antes de acostarse.</p> <p>-Considerar el uso de tapones para las orejas.</p>	<p>-La cafeína disminuye el sueño debido a que sus moléculas bloquean ciertos receptores del sistema nervioso. (<i>Tortora Grabowsky 2006</i>).</p> <p>-La práctica de un masaje en la espalda se a demostrado que es efectivo para fomentar la relajación, lo cual probablemente reduce a mejorar el sueño. (<i>Floyd, 1999</i>).</p> <p>-Los tapones de los oídos disminuyen los efectos del ruido que se producen en el entorno facilitando la conciliación del sueño. (<i>Floyd, 1999</i>).</p>	<p>-Se logra que la usuaria deja de ingerir bebidas altas con cafeína, facilitándole la conciliación del sueño.</p> <p>-Por la falta de compañía ya que la sobrina trabaja se le proporciona un aparato que brinda masajes, refiere sentirse bien y descansar.</p> <p>-Esta actividad no fue aceptada por la persona que vive con la señora María ya que menciona tener un poco de miedo, que estos tapones logren dañarla.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Ayudar a la usuaria a reconocer que hay cambios en la duración del sueño y estos se producen durante el envejecimiento.</p>	<p>-El usuario no puede ser capaz de dormir las 8 horas como cuando era joven , los despertares más frecuentes son parte del proceso de envejecer. <i>(Floyd, 2002).</i></p>	<p>-Se le explico a la señora María los cambios que tendrá por la edad que presenta, tomando todo con tranquilidad y señalando que tratara de llevar las actividades planedas al pie de la letra.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: Evitar peligros.

Diagnóstico: DOMINIO 11: Seguridad / Protección, CLASE 2: Lesión Física, Riesgo de caídas R/C por vivir sola.

Código 00155, NANDA 2009-2011, pag 306

Parcialmente dependiente.

Objetivo: La usuaria disminuirá el temor d sufrir alguna caída.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
-Se le capacitara a la usuaria las medidas preventivas de auto cuidado en su hogar.	-Se capacita y determina las habilidades funcionales del usuario y planificar maneras de mejorar áreas de riesgo o determinar métodos para garantizar la seguridad en su entorno. (<i>Lundin-Olsson et al, 1998</i>).	-La señora María reconoce los cuidados y los peligros para evitar caídas, ya que se le explica lo que debe hacer en cualquier situación que se le presente, expresa sentirse un poco más segura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Tener una buena iluminación en su entorno.</p> <p>-Utilizar los zapatos de acuerdo a la edad, que sean cómodos, anchos y antideslizantes.</p>	<p>-El 79 % de los ancianos tienen una iluminación inadecuada en los hogares, que les predispone a presentar caídas, la desorientación al caminar a oscuras afecta el equilibrio de los usuarios. <i>(Heikinheimo et al, 2004).</i></p> <p>-Los zapatos firmes brindan al usuario un mejor equilibrio y le protegen de la inestabilidad en las superficies irregulares. <i>(Heikinheimo et al, 2004).</i></p>	<p>-Se le explico la importancia de tener una buena iluminación, con el paso del poco tiempo de trabajar con ella comprendía que es indispensable la luz para evitar alguna caída y que repercuta en su recuperación.</p> <p>-La usuaria no ha presentado ninguna caída.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION.
<p>-Enseñar al usuario como deambular de forma segura en su hogar, incluyendo el uso de medidas de seguridad como barandillas en los baños, y la necesidad de evitar cargar cosas o realizar otras tareas mientras camina.</p>	<p>-En el anciano frágil, las tareas múltiples llevan a una reducción del rendimiento motriz y pueden provocar caídas. <i>(Gillespie et al, 2005)</i></p>	<p>-Ahora la usuaria refiere más fuerza muscular en las piernas para desplazarse por periodos de tiempo más largos.</p>
<p>-Educar sobre los cuidados al utilizar el bastón como son: no deambular en zonas mojadas, inclinadas o desalineadas.</p>	<p>-El adulto mayor pierde con el paso de los años el equilibrio quedando vulnerable a dañar su integridad física debido a que la fuerza y el tono muscular disminuyen. <i>(Patricia A. Tabloski 2000).</i></p>	<p>-La señora María menciona que por el momento se siente más segura de cada acción que realiza y actividad expresa sentirse satisfecha por todo lo que logro.</p>

CONCLUSION.

La satisfacción que dejó llegar a la parte final del presente documento, fue realizar el trabajo con aplicaciones a un ser humano en el que se pueden ver los resultados positivos en el cambio de salud.

Gracias al Proceso Enfermero pude brindar cuidados al ser humano de una manera ordenada, planificada y con bases científicas con el único objetivo de brindar una mayor calidad de vida.

En lo personal fue de mucha satisfacción el Modelo de cuidados que se uso al realizar este proceso enfermero, (Virginia Henderson), ya que ella se centra en ayudar al usuario a lograr su Independencia, lo más que se pueda y hasta donde sea posible basándose en suplir las necesidades del mismo.

Gracias a la aplicación de este Modelo puedo decir con certeza que se logro mucho en la satisfacción de las necesidades de la usuaria. Ahora la señora María es capaz de realizar la mayoría de sus actividades cotidianas, se encuentra estable y hasta el momento no ha presentado ninguna complicación extra a sus necesidades alteradas.

Finalmente, haciendo honor al viejo proverbio que dice que "ES DE BIEN NACIDOS SER AGRADECIDOS", quiero añadir que siento un enorme placer al poder mostrar mi proceso enfermero a todo aquel que me apoyo, brindo comprensión y paciencia que han derrochado en mi favor, sin los cuales vería absolutamente mermadas las posibilidades de llegar a culminar esta meta que parecía inalcanzable.

Enfermera recuerda que cada ser humano es único e irreplicable.

PLAN DE ALTA.

El día 1º de julio del 2011 se dio por concluido el proceso con la adulta mayor, obteniendo como resultados.

1.-Riesgo de soledad R/C ausencia de familiares.

Desempeño de rol.

- ❖ **Deterioro de la interacción social R/C ausencia de personas significativas M/P incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social.**

Se recomienda a los familiares fomentar la interacción social hacia su madre ya que es importante para su recuperación, recomendando a la familiar a cargo de su cuidado, aplicar y mantener las actividades ya conocidas.

2.- Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física M/P destrucción de las capas de la piel.

La señora María logro casi en un %100 la integridad de su pierna derecha, no mostrando ningún dato de infección por el momento, explicándole al cuidador (nieta) las actividades a realizar para que este no contraiga infección, orientándole la técnica correcta de asepsia y antisepsia, para realizar curación en el área afectada, también se le recomienda los cambios posturales frecuentes.

- ❖ **Descuido personal R/C ausencia de personas significativas M/P aspecto general desaliñado y mal olor corporal.**

Se recomienda el baño diario a la señora María, al igual que el cambio de ropa.

3.-Estreñimiento R/C aporte insuficiente de líquidos M/P eliminación de heces duras, secas y formadas.

Se le recomienda a la señora María continuar con la dieta establecida durante el plan de cuidados al igual que la ingesta de líquidos, y realizar actividad física de acuerdo a sus capacidades por la edad.

4.-Deterioro de la movilidad física R/C con dolor y deterioro musculoesqueletico M/P dificultad para girarse y cambiar de posición por si misma.

Se le recomienda a la señora María realizar ejercicios específicos (actividades de tracción leve en extremidades inferiores en series de acuerdo a tolerancia física) para no lastimar la lesión.

5.-Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.

Se indica que siga aumentando la ingesta de líquidos y disminuyendo la ingesta de refrescos de cola.

Se realiza labor de convencimiento con la usuaria informándole de las infecciones de vías urinarias por la ingesta de refresco de cola, incluso llegar a problemas renales.

6.-Insomnio R/C factores del entorno no familiar M/P dificultad para conciliar el sueño.

Se les recomienda a la usuaria y cuidadora (nieta) continuar con las actividades realizadas (disminuir cafeína, masajes en la espalda, té de paciflorina y sustituir la siestas por actividades recreativas).

7.-Riesgo de caídas R/C por vivir sola.

Sugerirle que se mantenga siempre acompañada de algún familiar o vecino.

ANEXOS.

**GUIA DE VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON**

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____
Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia / persona
significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación,
eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor
asociado con la

Respiración: _____ Fumador: _____

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su
estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia

alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello:

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: ____ Atención: ____ Bostezos: ____ Concentración: ____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: ____ Sucio: ____ Inadecuado: ____ Otros: ____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: ____ Después de eliminar: ____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos

higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente del hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola:

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas
significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le
permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo

Estado emocional

calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

EJERCICIOS QUE SE REALIZARON A LA USUARIA.

PIERNAS.

1.-ACOSTADO BOCA ARRIBA.

- Subir y bajar los pies 10 veces.
- Hacer grandes círculos con ambos pies 10 veces.
- Manteniendo los pies arriba doblar y estirar los dedos 10 veces.
- Doblar una rodilla al abdomen lo más que pueda, ayudándose con las manos volver a estirar. Alternando 10 veces.
- Manteniéndole el pie arriba y la rodilla bien fija abrir y cerrar las piernas. Alternando 10 veces.
- Manteniendo los pies arriba y las rodillas bien fijas, rodar ambas piernas hacia dentro y hacia afuera, repetir 10 veces.

2.-ACOSTADA BOCA ARRIBA DOBLANDO LAS PIERNAS, APOYANDOSE CON LAS MANOS.

- Llevar las rodillas al abdomen ayudándose con las manos y regresar. Repetir 20 veces.

3-. ACOSTADO BOCA ARRIBA.

- Apretar fuertemente los muslos hacia el colchón, para poner en tensión el musculo del muslo. Mantener la tensión 6 segundos y soltar. Repetir 10 veces.

4-. ACOSTADO BOCA ABAJO, BRAZOS POR ENCIMA DE LA CABEZA, PIES COLGANDO AL BORDEDEL COLCHON.

- Tensión en glúteos, subir una pierna bien estirada y bajar. Repetir 10 veces.

NOTA: relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

BRAZOS.

1.-SENTADO.

- Subir un brazo bien estirado por delante hacia el pecho (viendo la palma de la mano). Bajar lentamente por delante. Alternando los brazos 10 veces.

2.- SENTADO, BRAZOS ESTIRADOS A LOS LADOS.

- Abrazar fuertemente y volver a separar. Repetir alternado el brazo de arriba 10 veces.

3.- SENTADO.

- Aplaudir delante y detrás del cuerpo 10 veces.

- Manos en la cabeza, juntar y separar los codos lo mas que sea posible 10 veces.

- Estirar codos y dedos hacia abajo. Estirar codos y dedos hacia adelante. Estirar codos y dedos hacia los lados. Estirar codos y dedos hacia arriba. Repetir 5 veces cada uno.

NOTA: Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.



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:

RANGEL RANGEL CINTHIA JANETH.

**“PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UNA MUJER
ADULTA MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
COMUNICACIÓN.”**

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 30 del mes septiembre del año 20-08-11

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1 Edición. Editorial Progreso, México, 1993. 323 pp.
- 2.-Hernandez, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería.
- 3.-Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
- 4.-Siler, J. Historia de la enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999.
- 5.-Lynda Juall Carpenito. Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España 1999.
- 6.-Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace, España 2001.
- 7.-Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México ,1999.
- 8.-Garcia, LMV, Rodríguez, PC, Toronto. Enfermería del Anciano. Editorial Difusión Avances de Enfermería.
- 9.-NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros 2009- 2011.

- 10.-www. Wikipeda.com.
- 11.-Psicologia. Patricia A. Tabloski Peatson. Enfermería Gerontológica.
- 12.-James O. Whittaker 3 “Edición Interamericana. Psicología en el anciano.”
- 13.-Richard D. Gross 3”Manual Moderno. La ciencia de la mente y conducta.
- 14.-Janet W. Griffith “Proceso de atención de enfermería”: manual moderno.
- 15.-Borke Waish “Enfermería gerontológica”: cuidados integrales del adulto mayor.
- 16.- “Envejecimiento activo y saludable”. Marco político. OPS. OMS. 2002.
- 17.-“Guia para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo”, ssa, ops, oms, health Canadá 2002.
- 18.- Gillespie et all “mantenimiento de la salud en el anciano”, 2005
- 19.- Patricia A. Tabloski 2000.
- 20.- Tortora Grabowski, “Principios de Anatomía y Fisiología IX edición , 2004”.

21.- Hazzard R. William. "Principles of geriatric medicine and gerontology", 4ta edicion. Ed. Mc. Graw. Hill.

22.- www.comunityofoldmens.com .

23.- García Martin-Caro, Catalina, "Historia de la enfermería, evolución histórica del cuidado de la enfermería". 2001