

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



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
USUARIA ADULTO MAYOR CON ALTERACION
GENERALIZADA RELACIONADA CON ENFERMEDAD
HEPATICA**

**QUE PARA OBTENER EL: TITULO DE LICENCIATURA DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA: REYES GARCIA MARIA ELENA

NO. CUENTA: 408540948

ASESORA

L.E. MARIA DE LA LUZ NEGRETE PACHECO

ZAMORA, MICHOACAN; NOVIEMBRE DEL 2012.



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente primero Dios por haberme dado vida para gozarla, y dentro de ella me dio una familia que ha sido mi respaldo incondicional ante cualquier situación y que es base total de mis logros.

También quiero dar la gracias a mi directora, mis maestros y todas aquellas personas que de manera directa o indirecta, a la buena o inclusive a la mala, me dejaron grandes experiencias y aprendizajes durante estos cinco años que duró mi carrera.

De manera especial a mi asesora la madre y L.E. María de la Luz Negrete, que a pesar de sus múltiples ocupaciones y tiempo limitado, tuvo la paciencia oportuna para orientar mi trabajo.

DEDICATORIA

Dedicó este trabajo a mis padres Ángeles y Armando, a mis hermanos Armando y Antonio que son las “cuatro A” de mi fortuna, puesto que me brindaron total apoyo en el desarrollo de este trabajo.

Pero singularmente quiero dedicarlo a la muestra más grande de fortaleza que conocí:

Angelita, que siendo viuda, sacó adelante a trece hijos y fue ejemplo de fe y amor en Dios para que la familia creciera hasta convertirnos en treinta y un nietos y dos bisnietos.

Índice

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINAS</u>
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	10
A. Objetivo General	10
B. Objetivos Específicos	10
METODOLOGÍA	11
MARCO TEÓRICO	12
➤ La Profesión de Enfermería	12
➤ Proceso atención de enfermería	12
➤ Valoración	13
➤ Diagnósticos de enfermería	14
➤ Planificación de cuidados	17
➤ Ejecución del plan de cuidados	21
➤ Evaluación del plan de acción	22
➤ Disciplina y Paradigma de Enfermería	22
➤ Teoría de Virginia Henderson	23
○ Diferencia entre modelos y teorías	23
○ Paradigma de Virginia Henderson	24
1. Persona	24
2. Salud	25
· Independencia y dependencia	26
3. Rol profesional	27
4. Entorno	28
➤ Geriatría y edades de interés	29
➤ Envejecimiento celular (hígado)	30

➤ Cirrosis hepática	30
➤ Complicación de la cirrosis: varices esofágicas	31
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
Datos Generales	33
Valoración de las 14 necesidades	35
Identificación de datos significativos	41
Jerarquización de necesidades	43
Jerarquización de diagnósticos de enfermería	44
Plan de cuidados de Junio del 2011 a Julio del 2012	47
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad; esta última, ha sido desde siempre en las sociedades una gran preocupación.

El personal de enfermería ha aplicado conocimientos para poder preservar la salud, mismos que han evolucionado, desde la llamada etapa “doméstica” (cuando la mujer adquiría el papel de cuidadora simplemente por su sexo), para después ser “vocacional” (al resaltar la Iglesia la misión de cuidar como un servicio), posteriormente “técnica” (se buscaba luchar contra la enfermedad por medio de la dependencia a las órdenes del médico) hasta llegar a la etapa “profesional”, donde las enfermeras encargadas de cuidar a los pacientes, aplican el método científico por medio del Proceso de Atención de Enfermería, como método sistemático y guiado, que permite la prestación de asistencia de manera personalizada.

El presente trabajo se realizó de forma intradomiciliaria a una usuaria con diagnóstico médico de cirrosis hepática y várices esofágicas; consta de 3 partes: la primera explica la metodología utilizada; la segunda el marco teórico, describiendo la profesión de enfermería y las funciones que realiza, el Proceso de Atención de Enfermería explicando cada una de sus etapas, la teoría utilizada que en este caso es la de Virginia Henderson, algunos aspectos generales de la patología Cirrosis hepática y una de sus

complicaciones: várices esofágicas; la tercera parte describe la aplicación del Proceso de atención de enfermería a la usuaria, la valoración por medio de una guía detectando las necesidades, elaboración de los diagnósticos de enfermería, estructuración de un plan de cuidados de acuerdo a una jerarquización y con objetivos para poder dar seguimiento, se aplican las intervenciones que se modifican o se mantienen de acuerdo a la evaluación. Al final del trabajo se encuentran algunas conclusiones y sugerencias, la bibliografía consultada y los anexos.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente proceso de atención de enfermería se aplicó a una usuaria adulto mayor con alteración generalizada relacionada con enfermedad hepática. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el año 2010 fallecieron en el país 32,453 personas por patologías del hígado; en Michoacán resultaron 1,147 defunciones, representando la quinta causa de mortalidad en los varones y la séptima en las mujeres.

El hígado es la glándula más voluminosa del cuerpo y una de las más importantes en cuanto a la actividad metabólica del organismo; es la responsable de eliminar de la sangre las sustancias que pueden ser nocivas para el mismo. La cirrosis es la enfermedad más común dentro del grupo de afecciones de este órgano. Una vez que esta enfermedad se presenta, no es posible devolverle su funcionamiento normal al hígado, es una afección que puede ocasionar muchas complicaciones como: trastornos de sangrado (coagulopatía), ascitis, peritonitis bacteriana, síndrome hepatorenal, carcinoma hepatocelular, aumento en la presión de los vasos sanguíneos del hígado (hipertensión portal) y venas dilatadas en el esófago, estómago o intestinos que sangran fácilmente (várices esofágicas)

A su vez, el impacto social y económico de la cirrosis probablemente ha sido desestimado en favor de otro tipo de padecimientos; de igual manera no existe un análisis que permita establecer pautas adecuadas de prevención y tratamiento, así como la evaluación de los métodos de diagnóstico de las hepatitis virales, el diseño de campañas de vacunación contra la hepatitis B

y el establecimiento de programas de trasplante de hígado; además que dichos padecimientos no son detectados oportunamente hasta cuando se vuelven crónicos, convirtiéndolo en un problema de importancia.

Para poder resolver este problema de gran magnitud, el equipo de salud está invitando a implementar medidas preventivas y obviamente a llevar un buen control de esta enfermedad para así disminuir su índice de mortalidad.

Conociendo todos estos datos, analizando la trascendencia de las patologías del hígado y participando actualmente en la atención de adultos mayores, considero importante contribuir a su cuidado con la realización del siguiente trabajo, donde se desarrolla y aplica un proceso de atención de enfermería a una adulta mayor con cirrosis, con el objetivo de disminuir sus malestares, alcanzar el mayor nivel de independencia posible y mejorar su bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados holísticos – paliativos a la Señora Angelita, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, para disminuir las molestias de su patología y mantener mayor nivel posible de bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar una valoración basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson para conocer el estado general de la usuaria
- ✓ Elaborar diagnósticos de acuerdo con etiquetas establecidas por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
- ✓ Crear el Plan de intervenciones de enfermería, específico e individualizado para la usuaria, y satisfacerlas las necesidades por orden jerárquico
- ✓ Ejecutar los cuidados planeados para la resolución de problemas de la usuaria
- ✓ Evaluar la ejecución del plan de cuidados que hayan proporcionado el máximo alcance de los objetivos, pero en caso de lo contrario realizar las adaptaciones necesarias.

METODOLOGÍA

El trabajo se realizó siguiendo con estricto apego la metodología propia del Proceso de Atención de Enfermería, utilizando este recurso que asegura al profesional de enfermería la sistematización e individualización de los cuidados, así como un abordaje holístico.

La valoración está basada mediante la aplicación de una guía con base en las catorce necesidades de la teoría de Virginia Henderson, por medio de una entrevista directa, continua y formal con la usuaria, y una entrevista informal con los familiares y un formato de valoración de los factores de riesgo de caídas utilizado en el Hospital General de Zona No. 4. Como fuente de datos extra se tuvo acceso al expediente clínico del mismo hospital, lugar en donde la usuaria recibe atención médica.

Dentro de la primera etapa (valoración) se destacaron los datos significativos y jerarquización de las necesidades para la estructuración de diagnósticos enfermeros basados en la NANDA.

Para cada juicio enfermero detectado, se constituyó un objetivo de acuerdo a lo que se deseaba alcanzar, por medio un plan de cuidados acorde a las necesidades que se detectaron afectadas. Este plan de actividades de enfermería se fundamentó bibliográficamente; ejecutándose de Junio del 2011 hasta Julio del 2012 y se evaluó para formar las conclusiones.

Por último se hacen unas recomendaciones y propuestas para mejorar el uso del proceso de atención de enfermería y para la prevención de la patología hepática, y se presentan los anexos: terapias y formatos utilizados en los cuidados de enfermería.

MARCO TEÓRICO

LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La **enfermería** es una disciplina profesional y práctica, en la cual la función específica es el “cuidado de la salud” y se ocupa de las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales o a la resolución de los problemas de salud reales o potenciales, cuando los usuarios sanos o enfermos que los presentan no puedan resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental, buscando siempre que los individuos y las comunidades alcancen autosuficiencia en el cuidado.

Sin embargo es una profesión que no puede ser totalmente independiente o ajena, ya que está continuamente interactuando con otras profesiones de la salud.

La profesión de enfermería cubre acciones en cada uno de niveles de atención: promoción de la salud, protección específica, diagnóstico oportuno, tratamiento preciso, limitación del daño o rehabilitativo, de acuerdo a la severidad del problema.¹

Para resolver estas dificultades, necesitamos una serie de actividades que llamamos “Proceso”.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es la herramienta básica de nuestra disciplina, donde la enfermera utiliza un sistema lógico para la solución de problemas de salud, por medio de cinco etapas que mejoran la calidad en los cuidados del

¹ Referido:

<http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php#antecedentes>

paciente, con un método científico para evitar omisiones y duplicaciones en estos.

Sirve como guía para proporcionar cuidados a un paciente, familia o comunidad; planea y asegura la resolución de sus problemas de salud, el utilizarlo proporciona ventajas para la enfermera entre ellas:

- ✓ Confianza en la realización de lo cuidados
- ✓ Satisfacción en el trabajo
- ✓ Crecimiento profesional, además de referencia a la hora de asignar pacientes (graves o sanos de acuerdo a la complejidad)

Pero también trae beneficios para el paciente como:

- ✓ Participación en su propio cuidado, con el compromiso de seguir el plan propuesto
- ✓ Continuidad y mejora de la calidad en la atención ²

El proceso enfermero consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover bienestar y contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades.

Las fases del proceso enfermero corresponden:

VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso, de gran importancia porque es aquí donde se sustenta la información. Se inicia con la obtención de datos y para ello podemos utilizar:

² Atkinson, L. & Murray, M. (1996). *Proceso de atención de enfermería*. México: MacGraw-Hill Interamericana. p.2

- *Observación:* habilidad de la enfermera por medio del uso de los cinco sentidos, para describir el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno sin distorsionar la realidad
- *La entrevista* debe ser continua, ya sea formal o informal, entre el contacto usual enfermera-paciente o enfermera-familiar
- *El examen físico* es explorar al usuario de manera cefalo caudal y detectar problemas
- *Fuentes de datos:* puede ser otorgados por el usuario (directa) o por familiares que han convivido con él y conocen el problema. Recursos humanos que son todos aquellos especialistas que aportan información o registros documentales como kárdex, bibliografías y el expediente clínico, que es un conjunto de documentos escritos e imagenológicos por los cuales el personal de salud debe hacer registros gráficos y certificaciones de acuerdo a su intervención, y que tiene como base legal la NOM-168-SSA1-1998 (indirectos)

Una vez recopilados todos estos datos deben procesarse mediante el análisis e interpretación, para darles significado, de tal manera que permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de enfermería. Es la base fundamental para la guía del proceso ya que de ahí se derivan los diagnósticos seguidamente del plan de cuidados. Por esto es de gran importancia realizar una buena valoración, así evitar omisiones o duplicaciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la segunda fase después de la valoración, el cual no debe confundirse con el diagnóstico médico, ya que son diferentes por los tipos de responsabilidades, en las formas de proceder y en los

conocimientos necesarios para llevar a cabo la práctica cada uno en su campo de competencia. Otra distinción pero no menos importante es que el juicio médico sólo se basa en los procesos fisiopatológicos con base en las manifestaciones clínicas; y el diagnóstico enfermero se fundamentan en las respuestas humanas. Entonces la definición sería: “es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos” Este se deriva de los datos obtenidos en la valoración.³

Para formular un diagnóstico enfermero, que actualmente se rige por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), se usan tres componentes:

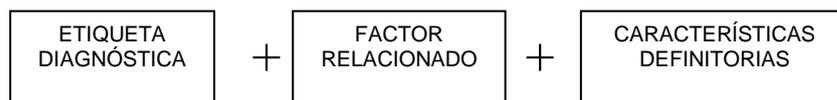
- A. Etiqueta diagnóstica: descripción concisa del problema de salud.
- B. Factor Relacionado: son aquellos que identifican agentes situacionales, patológicos y de maduración que puede causar o contribuir al problema
- C. Característica definitoria: es un grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en un diagnóstico particular.

Los diagnósticos enfermeros a su vez se pueden dividir en tres tipos:

Diagnósticos Reales: es aquel juicio clínico enfermero que describe respuestas humanas a estados de salud/ proceso vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Se integran para la su

³ Rosales S. & Reyes E. *Fundamentos de enfermería*. México: Manual Moderno. p.227, 237-254

formulación en la etiqueta, factor relacionado y características definitorias



Un ejemplo de un diagnóstico real sería:

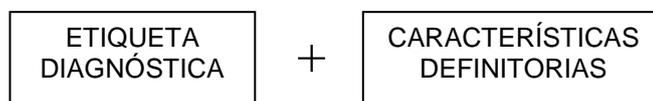
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades "RELACIONADO CON" factores biológicos "MANIFESTADO POR" estado neuromuscular perjudicado y palidez de piel

Diagnósticos de Riesgo: son aquellos que describen respuestas humanas al estado de salud o proceso vitales que pueden desencadenarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Sustentado en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad, se formulan mediante la etiqueta diagnóstica y el factor relacionado.



Diagnósticos de Promoción de la salud: juicio clínico sobre la motivación y deseo que tiene una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, es expresado por su disposición para mejorar conductas generadoras de salud específicas como en nutrición o ejercicio. Estos no requieren un nivel determinado de bienestar. ⁴

⁴ Heather , T. (2010). *NANDA International Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011*. España: Elsevier. p.415



PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Es la tercera etapa en el proceso de enfermería, es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente mediante el restablecimiento, conservación o fomento de la salud. Son las intervenciones de enfermería que dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, además de la viabilidad, aceptación, sin excluir la capacidad del personal de enfermería.

En otras palabras, es determinar lo que se puede hacer para ayudar al paciente a elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo, significa decidir con anterioridad lo que se va hacer. Conduce a usar el pensamiento reflexivo antes de actuar. El plan de cuidados de enfermería es la herramienta que dirige todas las acciones del enfermero hacia el logro de objetivos establecidos, particularmente diseñados para el paciente. Un plan de asistencia escrito ayuda a asegurar la continuidad e integridad de los cuidados del paciente, ya que es imposible que la memoria humana retenga tanta información. Esta fase consta de tres pasos importantes:

1. *Establecimiento de prioridades*, es el proceso de jerarquizar las necesidades, que inicia con la lista de diagnósticos de enfermería y determinación del orden en que deben resolverse. Esto no significa que un problema deba resolverse completamente antes de poder considerar el otro, ya que los problemas deben tratarse simultáneamente. Con mayor frecuencia se usa para determinar la prioridad la Pirámide de las necesidades de Maslow.



Pirámide de Abraham Maslow, teoría psicológica del autor para jerarquizar la satisfacción de las necesidades humanas.

Cuando las necesidades básicas se satisfacen aparecen las siguientes de la jerarquía. El personal de enfermería no sólo debe resolver problemas del paciente en estado de enfermedad si no también en sus necesidades de salud. Para esto la participación de la familia es fundamental, ya que la cooperación que pueden proporcionar en la identificación y jerarquización de sus necesidades será de inestimable valor para el personal de enfermería, pues de esta manera tendrá la oportunidad de educar a los pacientes sobre su estado de salud y poder obtener una mayor cooperación para aliviar su enfermedad. La enfermera siempre debe asumir su rol como coordinador en la planeación de la atención de sus necesidades ante el equipo de salud, paciente y familia.

2. *Identificación de objetivos*

Una vez que se han determinado y jerarquizado las necesidades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente. Los objetivos son instrumentos útiles en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente.

Trazar objetivos nos permite conocer específicamente lo que se desea lograr, describe un resultado futuro de una acción particular, que identifica el qué, cómo, cuándo y quién del actuar.

Existen tres razones importantes para usar los objetivos, según el autor Robert Mager:

- a) Dan dirección para seleccionar las estrategias y el orden
- b) Implica el contenido de la estrategia
- c) Proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

Existen requisitos y lineamientos para la elaboración de objetivos:

- Centrado en el paciente y reflejar empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Realistas, reflejando las limitaciones o capacidades del paciente.
- Realistas con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben de ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente esté recibiendo.
- Debe iniciarse con los lineamientos de corto plazo.
- Deben de describirse en forma de logros a alcanzar
- Incluir verbos que sean observables y evaluables para lograrlo.
- Deben ser claros, precisos y concisos.

3. Intervención de enfermería: es la responsabilidad en la ejecución del plan, que incluye además del paciente a la familia, sin excluir a otros miembros del equipo multidisciplinario. Se deben aplicar todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Es la etapa donde se aplica el plan de cuidados de forma progresiva e integral, siempre en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud que participa en la atención, además de sus familiares.

Debe existir buena comunicación entre terapeutas para identificar los problemas, llevar a cabo las acciones planeadas y crear soluciones a estas necesidades. Para mejores resultados se incluyen cinco elementos:

Validación del plan de cuidados: Se trata de la aprobación del plan de cuidados, para tener éxito en la atención al paciente. Una vez que se reúne la información se deben aceptar los datos y estar seguros que son correctos. Para la validación se debe solicitar a otra enfermera profesional que los revalore.

Fundamentación o razonamiento científico: Esto describe y explica la base de los cuidados, que asentado en otros modelos, teorías, esquemas y principios científicos de ciencias naturales, conducta y humanidades o inclusive también hallazgos experimentados, literatura actual, libros de texto, artículos de revistas científicas, entrevistas con expertos.

Brindar cuidado de enfermería, posteriormente que se ha validado y fundamentado el plan de cuidados se procederá a su ejecución, considerando siempre que el paciente puede presentar necesidades, situaciones o problemas que puedan alterar dicho plan, es pertinente hacer las modificaciones para proporcionar con calidad y calidez la atención.

Continuidad del cuidado: Contribuye hacia la atención secuencial del paciente por el personal de enfermería y sus familiares, ayuda

en la habilidad consistente en la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y objetivos a corto plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

Registro de los cuidados: Es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente, donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios realizados centrados en los problemas reales o de riesgo de salud.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Se trata de la etapa donde se hace una valoración de los progresos del paciente encaminados hacia los objetivos de salud, abarcando la calidad de atención proporcionado al usuario.

Sus propósitos son:

- ✓ Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- ✓ Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.⁵

DISCIPLINA Y PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Una “disciplina” es un área de investigación y de práctica marcada por una distinta forma de examinar los fenómenos. Enfermería entra en las **disciplinas profesionales**, que como su nombre lo dice, esta orientada hacia la práctica profesional, tiene por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la habilidad científica del cuidado.

⁵ Rosales S. & Reyes E. (2004) *Fundamentos de enfermería*. México: Manual Moderno. p. 227, 237-254

Desde hace muchos años las enfermeras han buscado delimitar su propia área de investigación y de práctica, y sus resultados fueron la creación de los “paradigmas”, grandes corrientes de pensamiento o maneras de comprender el mundo, estos clarificaron este punto llegando a los conceptos de **cuidado, persona, salud y entorno** que define precisamente nuestra disciplina.

Durante décadas algunas enfermeras con su investigación, práctica y propia experiencia se dieron a la tarea de establecer diferentes modelos y teorías, que son ideales del conocimiento, todo con el fin de guiar y encontrar el fundamento científico de nuestra práctica

TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Los **modelos conceptuales** son un conjunto de nociones que explican de manera general y amplia algunos fenómenos de interés para enfermería por ejemplo: el auto cuidado (Orem), la promoción a la salud (Neuman), el proceso de adaptación (Roy). A diferencia de las **teorías** que son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, entonces se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado. (Jacqueline Fawcett 1996).⁶

La aplicación de un modelo teórico en enfermería aporta diferentes elementos para formar diagnósticos, planear actividades, ejecutar intervenciones y evaluar las acciones realizadas en un cliente como lo describió **Virginia Henderson**, llegó a la definición de que “la función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma

⁶ Kérouac S. (2005) *El pensamiento enfermero*. México: Masson. p.5-16

o sana, a la realización de las actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que realizarías sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”

PARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON

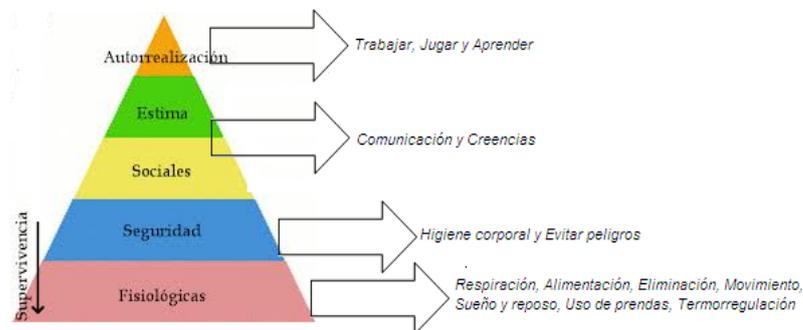
A partir de esto extrajo una serie de conceptos y subconceptos básicos en su teoría, que formaron sus supuestos:

1. **PERSONA** es un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas:

- a. Oxigenación
- b. Nutrición e hidratación
- c. Eliminación
- d. Moverse y mantener una buena postura
- e. Descanso y sueño
- f. Usar prendas de vestir adecuadas
- g. Termorregulación
- h. Higiene y protección de la piel
- i. Evitar peligros
- j. Comunicarse
- k. Vivir según sus creencias y valores
- l. Trabajar y realizarse
- m. Jugar y participar en actividades recreativas
- n. Aprendizaje

Estas deben satisfacerse para mantener su integridad física y psicológica, así como para promover su desarrollo, dichas necesidades son similares a las de Maslow ⁷

Henderson no cita a este autor como fuente e influencia, pero describió su teoría de la motivación humana en su libro *The Principles and Practice of Nursing* en 1978⁸



Comparación de la necesidades de Virginia Henderson con la pirámide de Abraham Maslow.

2. **SALUD**, es la capacidad que tiene las personas de satisfacer de manera independiente para satisfacer sus catorce necesidades fundamentales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas importantes:

a. Falta de fuerza, que es la ausencia de la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual será determinada por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual.

⁷ Recuperado:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

⁸ Recuperado:
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3247/1/ELPROCESODEENFERMERIAYELMODELODEVIRGINIAHENDERSONAPLICADOAUNAUSUARIACONDIABETESMELLITUSTIPOII.pdf>

b. Falta de conocimiento, son las cuestiones esenciales sobre la propia salud en conjunto con la situación de enfermedad de la propia persona (autoconocimiento) además sobre los recursos propios y ajenos disponibles

c. Falta de voluntad, es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación, en la ejecución y mantenimiento de las acciones y oportunidades para satisfacer sus necesidades.

Cuando existe falta de voluntad, fuerza o conocimiento entonces el usuario presenta:

Dependencia que es la ausencia o insuficiencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de solventar las necesidades. Puede ser *total* (completa) o *parcial*, aunque también de acuerdo a su duración temporal o permanente; obviamente deben considerarse los componentes bio-fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

El tipo de actuación de enfermería vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

En cambio la **independencia**, es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

3. ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo al nivel de dependencia identificado en la persona. “Este es el aspecto de su trabajo, que la enfermera inicia, controla y en el que es dueña de la situación”.

Estos cuidados se desprenden de los análisis de las necesidades humanas, son individualizados y van dirigidos a su totalidad. Pero para llegar hasta el mejoramiento de la salud o si bien se busca evitar sufrimientos en la hora de la muerte del paciente, es necesario un trabajo global con contribución multidisciplinaria en la planificación y ejecución.

Sin embargo en relación al paciente todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como centro y comprender que primordialmente es asistir a esta persona.

4. **ENTORNO** aunque no fue incluido por la autora específicamente dentro de su teoría, pero si menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes y factores ambientales) para la valoración y planificación de los cuidados.⁹

Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia del usuario a través de la promoción y educación en la salud en las personas enfermas, sin dejar fuera a la gente sana. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro jerárquico de las 14 necesidades básicas y registrándolo para conseguir un cuidado individualizado.

El plan de acción debe ser acorde a la situación que el individuo está viviendo, en este caso la **edad** representa un factor determinante que influye en la respuesta humana ante un problema de salud.

⁹ Bárcenas, F. & Salas S. (1997) *Fundamentos de enfermería, antología tomo I*. México: UNAM. p.212-219.

GERIATRÍA Y EDADES DE INTERÉS:

- Las edades que interesan a la geriatría son después de la infancia adolescencia y edad adulta abarcan:
- De los 45-60 años edad intermedia, crítica, presenil, del primer envejecimiento. Aquí se genera la predisposición de enfermedades
- De los 60-70 años senectud gradual: aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, donde se requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Después de los 70-90 años **vejez declarada**: En esta edad existe una gran y creciente problemática asistencial a nivel social, médico y sobre todo rehabilitación, por la minusvalidez que provocan las enfermedades crónicas

Cuando se llega a los 90 años: es sinónimo claro de longevidad.¹⁰

Durante el envejecimiento el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, que se caracterizan generalmente por la atrofia y disminución de la eficacia funcional.¹¹

ENVEJECIMIENTO CELULAR (HÍGADO)

Son todos los procesos de atrofia y se caracterizan por la reducción del número de células, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo, distribuyéndose en forma irregular en los tejidos. Sin embargo en algunos tejidos como la piel e intestino son células que se conservan hasta edades avanzadas con gran capacidad de

¹⁰⁻¹¹ De Nicola, P.(2005) GERIATRÍA. (5ª ed.) Colombia: Manual Moderno. p.2-4.

regeneración, pero en otros como el riñón o **hígado** se reduce la regeneración de células.¹²

Dentro de las modificaciones morfológicas del hígado durante el envejecimiento más generales e importantes son:

- Peso: disminución progresiva, sobre todo del lóbulo izquierdo
- Consistencia aumentada con adelgazamiento de los bordes
- En los hepatocitos hay disminución numérica, así como alteraciones en el nucléolo, mitocondrias y microsomas que por consecuencia provoca menor actividad enzimática.

Estos signos se pueden atribuir a la atrofia o la esclerosis hepática en los ancianos por eso es importante establecer un diagnóstico diferencial con la cirrosis hepática clásica. Los ancianos suelen tolerar bien la reducción de la actividad funcional y a menudo silenciosa, no se han observado signos clínicos de insuficiencia hepática incluso cuando la función del parénquima se ha reducido a la mitad.¹³

Sin embargo algunas personas por el estilo de vida que llevaron durante su juventud o edad adulta, que incluye toxicomanías, ingesta de alimentos o tratamientos médicos perjudican la salud de hígado provocando en él, diversas enfermedades como la cirrosis hepática.

¹²⁻¹³ De Nicola, P.(2005) GERIATRIA. (5ª ed.) Colombia: Manual Moderno. p.166-167.

LA CIRROSIS HEPÁTICA

Es un estado disfuncional y deficiente del hígado, donde éste se deforma y se fibrosa, como resultado de una inflamación crónica, causado por sustancias químicas que destruyen los hepatocitos, por parásitos o incluso por los diferentes virus de la hepatitis como la A (que es por consumo de alimentos contaminados con este virus y preparados sin higiene que en los ancianos puede incluso que puede llegar a ser fulminante), el virus de la hepatitis B (no se presenta mucho en los ancianos porque la población de riesgo son los homosexuales o usuarios de drogas intravenosas, pero existen casos esporádicos donde las transfusiones pueden ser el medio de contagio) y el virus de la hepatitis C que se caracteriza por ser hepatotrópico por lo que, además de ser causa de hepatitis crónica, cirrosis y hepatocarcinoma.¹⁴

Los síntomas y signos de la cirrosis que son generales: debilidad, fatiga, trastornos del sueño, calambres musculares además de pérdida de peso y desnutrición debido a la absorción deficiente de los nutrientes como las vitaminas hidrosolubles.¹⁵

En la cirrosis extrema puede haber anorexia, náuseas y vómito ocasional. Puede haber dolor abdominal debido a la presencia de ascitis y hepatomegalia palpable. Hay grandes posibilidades de que aparezca derrame pleural y edema periférico.

¹⁴ Tortora G.& Derrickson B.(2007) *Principios de anatomía y fisiología* (11ª ed.), México: Panamericana. p.948-949

¹⁵ Mahan K. & Esoutt. (2008) *Nutrición y dietoterapia de krause*. (12ª ed.) México; McGraw Hill Interamericana. p.765

En la fase tardía aparece la ictericia o encefalopatía, asterixis, disartria, delirio, somnolencia y finalmente coma, también se manifiestan hemorragias gastrointestinales.¹⁶

Las complicaciones de la cirrosis son el principal factor que afecta el pronóstico de los ancianos con hepatopatía crónica y no la misma enfermedad.¹⁷ Una de las más importantes es la hipertensión portal, que se considera cuando la presión venosa hepática supera los 12mmHg, debido a esta hipertensión se forman las várices esofágicas.

COMPLICACIÓN DE LA CIRROSIS: VÁRICES ESOFÁGICAS

Son venas submucosas de baja presión que se distienden por el aumento de la presión portal y pueden dar lugar a una hemorragia gastrointestinal; estas comúnmente se encuentran en los 5cm distales del esófago.¹⁸

La presión normal que se maneja es de 2-6mm Hg entre la vena porta y la cava inferior, cuando ésta se eleva hasta 10mm Hg se produce una hipertensión portal significativa. Pero no hay probabilidad de sangrado si no se eleva hasta 12mm Hg

La causa mas común de esta hipertensión es la cirrosis, pero algunos factores pueden anunciar un aumento de riesgo de hemorragia por las varices como lo son:

1. El tamaño de las varices

¹⁶ Lawrence M. (2001). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Manual Moderno. p.666

¹⁷ Tallis C. *Geriatría*. (6^a ed.) (2007). España: Marban. 6ta edición. p.1014-1015

¹⁸ Mahan K. & Esott S. *Nutrición y dietoterapia de Krause*. (12^a ed.) México: McGraw Hill Interamericana. p.754

2. Presencia en la endoscopia de manchas ronchas rojas (manchas que semejan a un latigazo)
3. La gravedad de la enfermedad hepática
4. Abuso continuo y constante de alcohol

Los datos clínicos de las varices esofágicas son náuseas y dispepsia atribuibles a gastritis, vómitos espontáneos de sangre roja brillante o materiales como sedimentos de color café que pueden ser acompañados por melena. Esta hemorragia varicosa suele ser intensa dando lugar a hipovolemia manifestada por signos de choque.¹⁹

¹⁹ Lawrence M. (2001). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Manual moderno. p.582

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

Se trata de adulta mayor de nombre Angelita de 79 años, viuda desde hace 30 años, estudió la primaria en alfabetización aproximadamente a los 50 años de edad, su religión es católica, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se le realizó una colpoplastía el 10 de enero de 1982 por uretrocele III y cistocele grado II, debido a la incontinencia urinaria. En el mes de octubre de 1996 se le diagnosticó bronquitis, motivo por el cual tuvo que ser hospitalizada de urgencia al menos cinco veces durante dos años consecutivos.

Cuando tenía alrededor de 60 años ella empezó a quejarse de dolor en la rodilla derecha, padecimiento que sólo estuvo “controlando” con analgesia indicada por el médico, hasta que de se le diagnosticó gonartrosis de rodilla, que decidió operarse con una prótesis total el 06 de noviembre del 2001. Cinco años después la prótesis provocó dolor por neuritis ciática, la que fue tratada en rehabilitación desde el 27 de octubre del 2006 hasta el 12 de enero del 2007 disminuyendo el dolor considerablemente sin desaparecer, permitiéndole continuar con su vida cotidiana.

El 10 de febrero del 2006 tuvo una caída de su propia altura que le generó fractura de fémur izquierdo, por esta causa se intervino con una hermiartroplastía tipo Thompson Portodren el 13 de febrero del mismo año, durante esta estancia hospitalaria se le transfundieron dos paquetes globulares, (que tiempo después sería probable causa de su diagnóstico actual).

Fue internada en varias ocasiones en el servicio de urgencias por gastritis (al parecer por abuso de AINE'S) recibiendo como tratamiento omeprazol, desde el 14 de diciembre del 2006 hasta

que el 28 de agosto del 2007, fecha en que presentó evacuaciones melénicas, se mantuvo en observación en el servicio de urgencias durante 24 hrs y la egresaron por aparente mejoría.

Un año más tarde fue hospitalizada nuevamente, en el servicio de medicina interna con el diagnóstico de síndrome anémico y trombocitopenia secundario a sangrado de tubo digestivo alto, provocado por hipertensión portal. Durante este internamiento se le realizaron una serie de estudios de gabinete y laboratorio llegando al diagnóstico de cirrosis hepática que fue tratada con omeprazol, propranolol y egresa por mejoría después de cuatro días.

El 04 de Mayo del 2010 presentó sangrado activo, se hospitaliza teniendo otro abordaje médico, en el que le detectan varices esofágicas de grado III y se indica colocación de sonda Seng Blacke More para detener la hemorragia que horas después se le retiro por cese de las mismas, esa misma noche presenta evacuaciones melénicas como consecuencia de su patología (cirrosis hepática) que ceden en 24 horas, se dio de alta el 06 de Mayo del 2010. Actualmente no ha tenido reincidencias de sangrados y se ha mantenido estable

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación

No refiere disnea, pero en el momento de la entrevista presenta tos productiva a la agitación, debido a secuelas de bronquitis padecida hace seis años. No tiene dolor asociado con la respiración, menciona nunca haber fumado y no tener toxicomanías.

Sus signos vitales son: frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto tomada en el pulso radial, tensión arterial de 108/52mmHg y una frecuencia respiratoria de 20 por minuto, está consciente y orientada, piel y tiene un llenado capilar de 3 segundos.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Paciente con dieta hipoproteica y blanda, diariamente realiza tres comidas al día y usualmente una colación a media tarde. Ha tenido evacuaciones melénicas y hematemesis debido a las complicaciones de su patología. Niega alergias a alimentos, su masticación es lenta debido al uso de prótesis dental completa, pero con apetito y saciedad normal, sus horarios de alimentos son: 8:00; 15:00 y 20:00 horas, consumiendo carne 3/7, verdura 7/7, frutas 7/7, además de dos litros de agua y vida suero oral.

Su piel y mucosas están hidratados y ligeramente pálidas, el cabello es delgado y escaso, su estado neuromuscular y esquelético se encuentran afectados debido a la edad asimismo por su condición física; ya que cuenta con cirugía de rodilla derecha y prótesis de cadera izquierda que limitan su movimiento. Pesa alrededor de 65 kilogramos, mide 155 centímetros y se observa edema en miembros pélvicos con predominancia en el izquierdo.

3.-Necesidad de eliminación

Sus hábitos intestinales son dos veces por día, color amarillo pálido. Tiene evacuaciones melénicas esporádicamente debido a cirrosis hepática. No usa laxantes, orina ocho veces al día alrededor de 200 mililitros de color amarillo claro.

Su abdomen se encuentra con ligera distensión y esporádicamente refiere presentar diarrea. Hay presencia de ruidos intestinales normales y la palpación de su vejiga no muestra datos de evidencia para compromiso de su salud.

4.-Necesidad de movilidad y postura

Tiene una capacidad física cotidiana de desplazamiento lento dentro de su casa, usa andadera y/o bastón para el traslado, realiza quehaceres domésticos como lavar, fregar, planchar, además de hacer la comida. En sus actividades de tiempo libre le gusta salir con sus hijos o nietos a un grupo religioso (franciscanos), es pensionada así que no trabaja. Durante el día la mayor parte del tiempo se encuentra sentada o deambulando

Tiene ligera gibosidad, le colocaron 2 prótesis una en la cadera izquierda y otra en rodilla derecha que en presencia de ambiente frío le causa dolor al movimiento y le dificulta agacharse, arrodillarse y levantar cosas pesadas. Refiere también dolor leve de hallux abductovalgus en ambos pies

5.-Necesidad de descanso y sueño

Su horario de descanso y sueño nocturno es de 9 horas regularmente de 10:00pm hasta las 7:00 am ó de 11pm a 8am, que le son satisfactorios, no toma siestas durante el día y refiere padecer espasmos musculares involuntarios nocturnos en

miembros pélvicos una o dos veces por semana que interrumpen su descanso, aunque se levanta de 3 a 5 veces por la noche al baño, menciona sentirse descansada al despertar.

Su estado mental al principio de la entrevista es ansioso, pero en el transcurso de ésta se vuelve más tranquila, no presenta signos de cansancio como ojeras, bostezos o apatía, su atención y concentración es adecuada durante la conversación

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Viste de acuerdo a su edad, sólo tiene dificultad un poco con el pantalón en la pierna derecha. Sus creencias y su estado de ánimo no influyen para la elección de sus prendas.

7.-Necesidad de Termorregulación

Su adaptación a los cambios de temperatura es ineficaz por su edad, realiza ejercicio muscular pasivo en su casa.

Su piel es de buena coloración e hidratación en general, teniendo una temperatura corporal de 36°C, con una transpiración escasa. El ambiente de su casa es muy frío casi todo el tiempo

8.-Necesidad de Higiene y protección

Refiere baño una o dos veces a la semana con duración de 30 minutos, el cual prefiere tomar por la tarde, usa prótesis dental que lava sólo una vez durante el día, aseo de manos antes de comer y después de ir al baño, sus creencias religiosas personales no limitan sus hábitos higiénicos

El aspecto general de la piel se encuentra limpia, pero cuenta con presencia de onicomycosis en los pies. No desprende olor corporal desagradable ni halitosis. Su cabello es delgado y escaso, además

presenta cicatrices queloides en rodilla derecha y en cadera izquierda por procedimientos quirúrgicos realizados.

9.-Necesidad de evitar peligros

Los miembros que componen su familia de pertenencia son trece hijos, con treinta y un nietos, la mayoría reside en Zamora y una mínima parte en Estados Unidos, aunque vive sola, a un lado de su casa se ubica su hija con dos nietos, que en ocasiones le proporcionan acompañamiento. Ante una urgencia reacciona con ansiedad y nerviosismo, conoce las medidas de prevención de accidentes de su hogar y realiza control periódico de salud con su médico

No tiene deformidades congénitas, las condiciones del ambiente en su hogar son seguras, pero existe probable riesgo en su seguridad física por los padecimientos actuales, ya que requiere atención para prevenir caídas que se pueden presentar por su edad, antecedentes previos de las mismas, dificultad y lentitud para realizar algunos movimientos y disminución de la agudeza visual. Según la valoración para identificar el tipo de riesgo usada por el Instituto Mexicano de Seguro Social (Hospital General No.4) ella tiene un puntaje de 3 que significa un mediano riesgo. Aunque mantiene una seguridad biológica y psicológica adecuada en conjunto con su entorno social y familiar.

10.- Necesidad de comunicarse

Al inicio de la entrevista se encuentra desconfiada y molesta, siendo asertiva en sus respuestas, sus sentidos a excepción de la vista son normales para su edad. Durante el día se encuentra con algún familiar indistintamente y en la noche siempre está

acompañada por uno de ellos, avisando cuando requiere mayor atención debido a su estado patológico.

11.-Necesidad de creencias y valores

Es católica y su religión no le genera conflictos interpersonales, los valores en su familia son la responsabilidad, en conjunto con los propios que son el respeto y la honestidad. Es congruente con su forma de pensar y de vivir.

Permite el contacto físico y tiene una medalla de la Virgen de Guadalupe, asiste a un grupo religioso llamado franciscanos donde hacen oraciones, rezan, reciben temas, realizan excursiones y peregrinaciones, actividades que hace en compañía de personas de su misma edad y que considera sus amigos

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Actualmente no trabaja ya que es pensionada, con esto solventa sus necesidades básicas, pero también recibe apoyo económico de sus familiares; el rol que desempeña es el de mujer, madre y abuela; está satisfecha al cumplir sus responsabilidades y poner todo su empeño en llevar una buena relación con su familia, acepta su estado actual de viudez y de adulto mayor.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Las actividades que realiza en su tiempo libre es leer, convivir con su familia e ir a un grupo religioso donde encuentra amigos para platicar y rezar que le dan alegría, pero con asistencia de algún familiar porque considera no poderlo hacer por si sola.

Su sistema neuromuscular es deficiente para algunas actividades como moverse o trasladarse, y su estado de ánimo es participativo en las actividades recreativas que le ofrecen

14.- Necesidad de aprendizaje

Su nivel de educación escolar es de primaria, que terminada en alfabetización a los 50 años, no tiene problemas de aprendizaje ni limitaciones cognitivas, prefiere leer que escribir, y tiene interés por aprender a resolver sus problemas de salud aunque no conoce su diagnóstico real (por decisión familiar), pero sí su tratamiento farmacéutico: espirinolactona, omeprazol, ácido fólico, flunarizina, complejo B, propanolol.

No tiene deterioro del sistema nervioso central salvo propio de la edad y su sentido de la vista está favorecido con el uso de anteojos. Disminuye la capacidad de atención y aprendizaje debido a estados de ansiedad y estrés.

IDENTIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS

<i>NECESIDADES</i>	<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>
1.- Oxigenación	Tos productiva a la agitación, episodios de bronquitis previos.
2.- Nutrición e Hidratación	Dieta hipoproteica y blanda, masticación lenta por uso de prótesis dental. Presenta edema en miembros pélvicos con predominancia en el izquierdo, ligera palidez de piel y su estado neuromuscular está afectado
3.- Eliminación	Evacuaciones melénicas a la exacerbación de su patología Abdomen levemente distendido y diarreas esporádicas
4.- Movilidad y postura	Dolor que aumenta con el frío en hallux abducto valgus, rodilla derecha y cadera izquierda. Dificultad para arrodillarse y levantar cosas pesadas. Ligera gibosidad, uso de dispositivos de ayuda para la deambulación con bastón o andadera.
5.- Descanso y sueño	Padece espasmos musculares involuntarios nocturnos en miembros pélvicos una o dos veces por semana que interrumpen su descanso
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	El clima de su casa es frío y tiene dificultad para vestirse el pantalón en la pierna derecha.

7.- Termorregulación	La mayor parte del tiempo tiene frío.
8.- Higiene y protección	Baño una o dos veces por semana, de 30 minutos y uso prótesis dental que lava sólo una vez durante el día. Onicomycosis en los pies.
9.- Evitar Peligros.	Riesgo de padecer caídas por edad avanzada, deterioro de la movilidad física y agudeza visual disminuida
10.- Comunicación	Vive sola y esporádicamente la visita algún familiar en el día; Pero si cuenta con acompañamiento nocturno por sus familiares.
11.- Creencias y valores	Católica practicante. Permite el contacto físico y tiene una medalla de la Virgen de Guadalupe
12.- Trabajo y realización	Actualmente pensionada y recibe apoyo económico de sus familiares, lleva una buena relación familiar Al inicio se encuentra enfadada e irritable, su estado de ánimo cambia y se hace más tranquilo.
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	Asiste a un grupo religioso con sus amigos. Su sistema neuromuscular es deficiente para algunas actividades necesitando dispositivos de ayuda para la marcha y un familiar para deambular.
14.- Aprendizaje	Ignora su diagnóstico real (cirrosis hepática) pero lleva a cabo su tratamiento indicado

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN	CONDICIÓN
1.- Oxigenación	1.- Nutrición e hidratación	Parcialmente Dependiente
2.-Nutrición e hidratación	2.- Oxigenación	Independiente
3.-Eliminación	3.- Descanso y sueño	Parcialmente Dependiente
4.-Movilidad y Postura	4.- Movilidad y Postura	Independiente
5.-Descanso y sueño	5.- Usar prendas de vestir adecuadas	Parcialmente Dependiente
6.-Usar prendas de vestir adecuadas	6.- Eliminación	Parcialmente Dependiente
7.- Termorregulación	7.- Evitar Peligros	Independiente
8.-Higiene y Protección		
9.-Evitar Peligros		
10.-Comunicación		
11.-Creencias y Valores		
12.-Trabajo y Realización		
13.-Jugar y Participar en actividades recreativas		
14.- Aprendizaje		

JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
<p>1.- Nutrición e hidratación</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos (cirrosis hepática) manifestado por estado neuromuscular perjudicado y palidez de piel.</p> <p>Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión. (00002) NANDA 2009-2011; Página: 75</p> <p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema en miembros pélvicos (ambos)</p> <p>Dominio 2: Nutrición, Clase 5: Hidratación. (00026)</p> <p>NANDA 2009-2011; Página: 85</p>
<p>2.- Oxigenación</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con infecciones previas (bronquitis) manifestado tos a la agitación.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección, Clase 2: Lesión física. (00031) NANDA 2009-2011; Página: 315</p>
<p>3.- Descanso y sueño</p>	<p>Deprivación del sueño relacionado con malestar físico manifestado por interrupción del sueño por espasmos musculares involuntarios nocturno en miembros pélvicos</p>

	<p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 1: Sueño/reposo. (00096) NANDA 2009-2011; Página: 115</p>
<p>4.- Movilidad y Postura</p>	<p>Deterioro de la de ambulación relacionado con degaste del estado físico y muscular manifestado por deterioro de la habilidad para caminar</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 1: Actividad/ejercicio.(00088) NANDA 2009-2011; Página: 121</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con desgaste muscular manifestado por dificultad para arrodillarse, levantar cosas pesadas y dolor con el frío</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 1: Actividad/ejercicio. (00085) NANDA 2009-2011; Página: 127</p>
<p>5.-Uso de prendas vestir adecuadas</p>	<p>Déficit de auto cuidado: vestido relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por dificultad de la capacidad para ponerse y quitarse prendas de vestir en la pierna derecha</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 5: Auto cuidado. (00109) NANDA 2009-2011; Página: 154</p>
<p>6.- Eliminación</p>	<p>Motilidad gastrointestinal disfuncional</p>

		<p>relacionado con mal nutrición manifestado distensión abdominal y diarrea esporádicamente</p> <p>Dominio 3: Eliminación, Clase 2: Función Gastrointestinal. (00196) NANDA 2009-2011; Página: 108</p> <p>Riesgo de sangrado relacionado con deterioro de la función hepática</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar. (00206) NANDA 2009-2011; Página: 146)</p>
7.-	Evitar peligros	<p>Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física</p> <p>Dominio 11: Seguridad/reposo, Clase 2: Lesión física. (00155) NANDA 2009-2011; Página: 306)</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico.-

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos (cirrosis hepática) manifestado por estado neuromuscular perjudicado y palidez de piel.

Objetivo.-

El estado nutricional de la usuaria se mantendrá equilibrado con la participación de familia y enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Comentar con la paciente los factores que contribuyen a la nutrición insuficiente	Esta medida permite a la enfermera exponer la información que requiere el cliente e identificar la información falsa que posee Kozier (2002 p.1098)
Educación acerca de la alimentación, y de llevar una dieta blanda para evitar complicaciones en patología. Dar a conocer una dieta rica en vitaminas B y generosa en hierro.	Esta medida elimina una laguna de ignorancia y aporta información Kozier (2002:1098) En la cirrosis hay desnutrición debido a la absorción deficiente de los nutrientes como las vitaminas hidrosolubles, estas interactúan en la formación de glóbulos rojos y en su ausencia se puede llegar hasta la anemia. Mahan & Esoutt (2008: 765)

Permitir un periodo de descanso antes de las comidas	El reposo facilita al paciente la conservación de la energía necesaria para alimentarse por si mismo Kozier (2002: 1098)
Animar a la usuaria a realizar la higiene oral antes de las comidas	La higiene oral humedece y limpia las mucosa de la cavidad oral, estimula la salivación e incrementa el sentido del gusto Kozier (2002: 1098)
Alentar a la paciente a que elija los alimentos y planifique horarios de comidas	El apetito del paciente puede mejorar cuando se le ofrecen sus alimentos preferidos. La participación de la paciente también permite una oportunidad para que aprenda a cuidarse a sí mismo y para incrementar su autoestima Kozier (2002: 1098)
Ofrecer comidas pequeñas y frecuentes	Tres grandes comidas al día pueden ser demasiado para el paciente, la comidas pequeñas producen menos fatiga Kozier (2002: 1098)
Administración de multi-vitamínicos complementarios indicados por el médico:	<i>Complejo B:</i> Es un conjunto de vitaminas que participan en la hematopoyesis, síntesis de mielina y ácidos nucleicos. Se usa en estados

<p>➡ Complejo B</p>	<p>carenciales, anémicos. Mota (2005: 139)</p>
<p>➡ Ácido Fólico</p>	<p><i>Ácido Fólico:</i> Se administra en la anemia que afecta la maduración del hematíe, síntesis de ácido nucleicos, y metabolismo de neurotransmisores. Se emplea en el tratamiento de anemias megablásticas carenciales Mota (2005: 139)</p>

EVALUACIÓN

La usuaria ya cuidaba un poco su alimentación, se le instruyó en fortalecer los alimentos ricos en vitamina B y hierro como factor básico para prevenir la anemia, además de la importancia de llevar una dieta de acuerdo a su patología en este caso hiproteica y blanda.

Las recomendaciones de comidas pequeñas y con periodos de descanso entre éstas, fueron adoptadas de manera aceptable.

En cuanto la higiene oral antes de las comidas se fomentó pero al parecer la señora Angelita olvidaba constantemente hacerlo, seguiremos insistiendo.

El uso del ácido y del complejo B fue perseverante y no hubo ninguna modificación en este tipo de tratamiento farmacológico

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico.-

Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema en miembros pélvicos (ambos)

Objetivo.-

El exceso de líquidos (edema) se reducirá por medio de actividades y la atención directas de enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Valoración además de la documentación de signos vitales, peso y turgencia de la piel	La valoración permite a al enfermera desarrollar planes apropiados para una terapia Kozier (2002: 1152)
Control de líquidos y dieta hiposódica	El exceso de volumen de líquidos se produce cuando el organismo retiene agua como electrolitos en proporciones iguales, una de las causas es la cirrosis, que altera los mecanismos reguladores de estos, aumenta la presión osmótica, sale el líquido de las células y provoca edema. El sodio es el catión más abundante en el líquido extracelular, participa en la reabsorción de líquidos intersticiales

	Kozier (2002: 1138-1139)
Colocar fomentos de agua caliente en miembros pélvicos.	<p>El calor estimula los receptores terminales nerviosos sensoriales libres y alivia el dolor. El uso de compresas y fomentos húmedos calientes, para mejorar la circulación en situaciones de espasmo, dolor y edema. Barrera & Reyes (2004: 421-424)</p> <p>El tratamiento con calor mejora el flujo sanguíneo en una zona inflamada o edematosa, facilitando el aporte de nutrientes y eliminación de residuos, el calor húmedo a diferencia del seco penetra mejor en los tejidos y evita la resequedad de la piel sensible a diferencia del seco. Bárnes, Salas & otros. (1997: 233-234)</p>
Aplicar vendaje compresivo de miembros pélvicos durante la noche. Uso de medias elásticas compresivas durante el día a tolerancia	<p>La acción de vendar consiste en aplicar una venda sobre una parte del cuerpo con fines terapéuticos como la compresión que fomenta la absorción de líquidos tisulares Barrera y Reyes (2004: 426)</p>

<p>Ofrecer una posición yacente, supino o en decúbito dorsal con las piernas elevadas durante el día, aumentando los periodos de reposo</p>	<p>El paciente con los miembros pélvicos elevados con almohadas favorece el retorno venoso, disminuyendo su edema y mejora el relajamiento muscular Barrera y Reyes (2004: 133)</p>
<p>Recomendar tomar agua entre comidas</p>	<p>El consumo de agua entre una comida y otra hace que no aumente la hipertensión en la vena porta y la congestión a nivel del hígado Quintín (2008: 255)</p>
<p>Administración de espirinolactona vía oral, por indicación médica</p>	<p>La espirinolactona es un diurético que no afecta la excreción de Potasio. Inhibe la aldosterona en el túbulo distal, y como esta actúa sobre agua y sodio, por lo tanto lo que se excreta por la orina sólo es sodio y agua Mota (2005: 113)</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	
<p>La usuaria presentó disminución considerable de edema de miembros pélvicos hasta lograr desaparecerlo al emplear los cuidados. La dieta baja en sodio como medio preventivo, fue instruida a los familiares aunque en realidad no se sabía a ciencia cierta qué tanto sodio ingería en sus alimentos, ya que la preparación de estos la realizaba una de sus hijas, ella refería que sí era</p>	

hiposódica pero no era aceptable en su totalidad. La paciente ingiere líquidos en base a su control

La colocación de fomentos de agua tibia, vendajes de miembros pélvicos así también como la elevación de estos, tuvo un resultado inmediato en las horas posteriores a su realización, observándose disminución considerable del edema.

La adherencia al tratamiento farmacológico (uso de espirinolactona) contribuyó para la mejora de forma significativa, al principio ella quería suspender su uso, ya que le incomodaba el número de uresis que presentaba por la noche, se indicó a tomar la mitad de las dosis antes de acostarse y el número de micciones disminuyó

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico.-

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con infecciones previas (bronquitis) manifestado tos a la agitación.

Objetivo.-

La señora Angelita disminuirá la acumulación excesiva de las secreciones bronquiales por medio de acciones que promuevan la salud respiratoria

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la situación respiratoria de la cliente (ruidos, expansión, uso de músculos accesorios, coloración de la piel, cantidad de esputo)	La valoración del estado respiratorio proporciona datos basales para evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras. Kozier (2002: 1209)
Felicitar y motivar a la usuaria a continuar con la ingesta de 2000ml de líquidos diariamente.	La ingestión de cantidades suficientes de líquidos hidrata las mucosas pulmonares y reduce la viscosidad de las secreciones facilitando así su expectoración. Kozier (2002: 1209)
Promover la actividad física dentro de sus posibilidades y evitar el sedentarismo	La actividad física favorece el movimiento de las secreciones. Kozier (2002: 1209)

<p>Realizar fisioterapia pulmonar (ver anexo¹)</p> <p>Realizar ejercicios respiratorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Ejercicios de expansión torácica</i>² ➤ <i>Compresión torácica</i>³ 	<p>La fisioterapia pulmonar y ejercicios, ayuda a que se suelten y expulsen secreciones espesas y viscosas.</p> <p>Klusek (1985: 84-90)</p> <p>Con la adopción de diversas posturas que verticalicen las vías aéreas de cada segmento o lóbulo pulmonar se mejora el desprendimiento de la mucosidad.</p> <p>Morales (1999: 235-265)</p>
<p><i>Evitar irritantes pulmonares</i></p> <p>Humo, polvos, calor o frío extremo, con el uso de una bufanda.</p>	<p>Evitar los irritantes broncopulmonares disminuye la incidencia de infecciones respiratorias</p> <p>William (2007: 537)</p>
<p><i>Administración de salbutamol por indicación médica</i></p> <p>(una cucharada de salbutamol jarabe vía oral)</p>	<p>El salbutamol es agonista adrenérgico beta-2 que actúa como broncodilatador y facilitan el transporte de moco</p> <p>Klusek, (1985: 84)</p>
EVALUACIÓN	
<p>Logramos que la usuaria siguiera consumiendo la cantidad de líquidos indicada y evitara el sedentarismo.</p> <p>La fisioterapia pulmonar y los ejercicios respiratorios se enseñaron y se aplicaron por la mañana casi diariamente.</p> <p>Durante las primeras cuatro semanas la señora Angelita tenía</p>	

dificultaban para los ejercicios, así que los realizamos a tolerancia, con forme pasaron los días los iba realizando con mayor facilidad.

En los meses de diciembre, enero y parte de febrero (temporada invernal) cursó con gripe estacional, que duraban pocos días y su tos se exacerbaba, pero no evolucionó a bronquitis.

La usuaria comprendió la importancia de cargar una bufanda ligera en caso de salir a la calle para evitar irritantes pulmonares, al grado de convertirse en costumbre.

La administración del jarabe salbutamol, vía oral sólo se hizo por unos días, ya que se suspendió debido a que refería taquicardias, su médico familiar lo cambió por ambroxol que aceptó mas adecuadamente.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico.-

Deprivación del sueño relacionado con malestar físico manifestado por interrupción del sueño por espasmos musculares involuntarios nocturno en miembros pélvicos

Objetivo.

La señora Angelita tendrá periodos de descanso y sueño adecuados para su edad posterior a la aplicación de los cuidados de enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Explorar las técnicas que favorecen el sueño y los cambios en el estilo de vida que puedan contribuir a un período óptimo de sueño y descanso	La implicación del cliente puede potenciar el cumplimiento de las intervenciones planeadas Kozier (2002: 1022)
Favorecer y facilitar las rutinas que motivan al descanso de la usuaria (hacer oraciones y rezos)	Alterar o eliminar dichas rutinas puede afectar al sueño del cliente, actividades frecuentes de adultos previas a acostarse como: oraciones, ya que el sueño también está predicho de estas rutinas Kozier (2002: 1022-1025)
Promover el confort y la relajación por medio de: ✓ Vestimenta	Las medidas de relajación provocan confort al cuerpo, tranquilizando la mente y ayudan a

<p>adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evacuación y micción antes de irse a la cama ✓ Ofrecer un masaje de espalda antes de dormirse (ver anexo⁴) ✓ Evitar medicación diurética en la noche 	<p>conciliar el sueño.</p> <p>Kozier (2002: 1022)</p>
<p>Crear un ambiente apropiado para dormir y descansar: evitar ruidos y luces fuertes.</p>	<p>Las distracciones ambientales como las luces brillantes y el ruido resultan especialmente molestas en los clientes para conciliar el sueño</p> <p>Kozier (2002: 1021)</p>
<p>Sugerir medidas preventivas para disminuir los calambres:</p> <p>Incluir en la dieta alimentos de la temporada que contengan potasio, como plátano, frijoles, acelgas, calabazas, cacahuates, jitomate, aguacate, melón, fresa, etc;</p> <p>Indicar cambios posturales durante la noche</p>	<p>La ingestión de alimentos y líquidos que contienen sales minerales como el potasio suele provocar que el calambre se reduzca rápidamente.</p> <p>Una mala posición prologada aumenta la probabilidad de sufrir calambres durante la noche</p> <p>Tórtora (2007: 993)</p>

EVALUACIÓN

Rezaba el rosario, hacía algunas oraciones a San Francisco para conciliar el sueño, mencionaba sentirse cómoda al hacerlo.

Previo a su descanso acostumbraba colocarse la pijama de algodón que no fuera ajustada, practicaban los ejercicios pasivos en las piernas, se ofrecía un masaje en la espalda a tolerancia que fue realizado en pocas ocasiones pero le trajo beneficios como mayor relajación y en consecuencia mejor descanso. Tomó el medicamento indicado y sí se redujo el número de micciones nocturnas. Se favoreció el ambiente de su habitación con la ayuda de los familiares que colocaron cortinas gruesas.

La usuaria le gustaba consumir plátanos, alimento que es rico en potasio además empezó a ingerir electrolitos orales durante el día que disminuyeron la incidencia de los calambres nocturnos.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Diagnóstico.-

Deterioro de la de ambulación relacionado con deterioro del estado físico y muscular manifestado por dificultad de la habilidad para caminar

Objetivo.-

La ambulación de la Señora Angelita se fortalecerá de forma significativa por medio de la intervención de enfermería

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Animar a la clienta a ejercitarse en la ambulación de acuerdo a sus posibilidades.	La motilidad articular puede limitarse o perderse por completo cuando la articulación no se mueve dentro de un radio de motilidad durante un tiempo prolongado Nordmark (1993: 311)
Capacitar a la Sra. Angelita en el uso correcto de medios de apoyo para la ambulación.	Conocer como utilizar dispositivos adecuadamente facilita la movilidad sin lesionar el organismo Una supervisión adecuada asegura la realización eficaz de las actividades Kozier (2002: 967)

<p>Fomentar acerca del uso de el bastón y enseñar el uso correcto de este para evitar lesiones (ver anexo⁶)</p>	<p>Un bastón es un dispositivo de apoyo para la ambulaci3n, el bast3n recto aunque sea el menos estable. Se utiliza en personas con desequilibrio, adultos mayores, personas con afecciones en piernas y con poca fuerza muscular, es decir en personas con debilidad en un lado del cuerpo Wilkiman (2000: 1528)</p>
--	---

<p>Promover uso de andadera y enseñar el uso correcto de este para evitar lesiones (ver anexo⁵)</p>	<p>Los andadores son dispositivos mecánicos para clientes ambulatorios que necesitan mas apoyo que el bast3n Kozier (2002: 992) Un andador proporciona una base mas ancha que un bast3n, son dispositivos de apoyo que se utilizan en personas que apoyan poco peso y que tienen debilidad en la extremidad superior y problemas del equilibrio Wilkiman (2000: 1523)</p>
--	---

EVALUACIÓN

La señora Angelita aceptó y continuó el uso de los dispositivos de apoyo para la marcha, ya que ella misma al usarlos mencionaba sentirse más confiada y tener más habilidad para la ambulación.

La acción por parte de enfermería fue la enseñanza correcta del uso de la andadera y bastón que favorecieron notablemente su ambulación, por lo regular la andadera la utilizaba para caminar en casa y el bastón casi siempre cuando salía, por la comodidad de espacio, refería.

Sus familiares decidieron comprarle una silla de ruedas para facilitar aun más su traslado, pero ella respondió de manera muy negativa a su uso.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Diagnóstico.-

Deterioro de la movilidad física relacionado con desgaste muscular manifestado por dificultad para arrodillarse, levantar cosas pesadas y dolor con el frío

Objetivo.-

Se disminuirá el deterioro muscular por medio del impulso y práctica de ejercicios pasivos proporcionados por enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Revalorar factores causales que evitan que la usuaria tenga mayor movimiento	Identificar factores relacionados, permite a la enfermera y cliente centrarse en las intervenciones apropiadas. Kozier (2002: 996)
Animar al autocuidado	El autocuidado es la realización de actividades de la propia atención, implica usar músculos y articulaciones ayudando a mantener su funcionamiento, es aceptar la responsabilidad del usuario para cuidar su propia salud, para llegar a un estilo de vida más saludable González (2006: 106)
Promover el ejercicio terapéutico.	El movimiento regular es importante para prevenir complicaciones

	<p>cardiovasculares derivadas de la inmovilidad</p> <p>Wilkiman (2000: 542, 553-555)</p>
<p>Instruir a la cliente sobre los ejercicios del rango de movimiento y pasivos dos veces por día</p> <p>Vigilar y asistir los ejercicios de rango de movimiento y pasivos dos veces por día</p>	<p>Movimientos pasivos: Mejoran la postura y mantienen la movilidad</p> <p>Movimientos de rango: en las articulaciones y evitan contracturas</p> <p>Kozier (2002: 967)</p>
<p>Enseñar los ejercicios de arco completo de movilidad pasivos, correctamente y de acuerdo a sus posibilidades y a su estado (ver anexo⁷)</p>	<p>El ejercicio de arco completo de movilidad (ACM) es el movimiento que una articulación es capaz de realizar</p> <p>Los ACM activos son en el que el cliente mueve cada articulación por el mismo estos aumenta la fuerza muscular en las persona mayores no es necesario conseguir toda la amplitud</p> <p>Los ACM pasivos don donde el cliente es asistido por otra persona , son útiles para conservar la flexibilidad pero no para la fuerza muscular</p> <p>Kozier (2002: 980-987)</p>

<p>Realizar y asistir los ejercicios de ACM pasivos en colaboración con la enfermera (Se sostiene la parte péndula y desplaza la articulación inmobilizada en todo su arco de movimiento)</p>	<p>Los pacientes inmobilizados realizan ejercicios pasivos en la medida que son incapaces de realizar el trabajo necesario para ejercitar una o mas articulaciones Kozier (2002: 967)</p>
---	---

EVALUACIÓN

Se detectó que el dolor y el edema en miembros pélvicos, además del deterioro músculo esquelético, fueron factores primordiales que limitaban su movilidad.

La Sra. Angelita se muestra muy positiva ante las actividades que se le sugirieron, al igual que la familia, todos están convencidos que el autocuidado es el mejor aliado de la salud, y participan activamente.

El ejercicio terapéutico y de rango lo realizaba durante el día, ella movía las articulaciones de todo su cuerpo hasta donde pudiera, sin causar molestias.

Durante la noche primero se colocaban fomentos calientes, después se realizaban los ejercicios de arco completo pasivos a tolerancia, posteriormente los de arco completo activos para terminar con vendajes compresivos.

Esta terapia de ejercicios evitó la rigidez de las articulaciones, aumentó y favoreció la flexibilidad de éstas, y favoreció movimiento físico.

NECESIDAD DE USO DE PRENDAS

Diagnóstico.-

Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por dificultad de la capacidad para ponerse y quitarse prendas de vestir en la pierna derecha

Objetivo.-

La señora Angelita adoptará y mantendrá actividades de autocuidado (uso de prendas)

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Identificar claramente el nivel funcional del cliente para el vestido	Esto evita el grado de energía y las capacidades del cliente, y promueve toda la independencia Kozier (2002: 781)
Animar a la cliente a que haga todo lo que pueda por sí misma con acciones sencillas y concretas (ver anexo ⁸)	Esto mantiene la capacidad funcional y la autoestima Kozier (2002: 781)
Controlar las actividades de autocuidado para determinar tolerancia y gasto de energía, y así detectar fatiga o desanimo	Los signos adversos, indican la necesidad de mas ayuda al usuario Kozier (2002: 781)
Observar si hay signos de buena disposición para incrementar la	La revisión del estado del nivel funcional es necesario para garantizar una actividades de auto

calidad de autocuidado	cuidado optima Kozier (2002: 781)
Dejar que la persona determine el lugar mas idóneo para vestirse y adaptar el entorno para la realización óptima (ver anexo ⁹)	La integración y adaptación de un ambiente idóneo para la usuaria permite que exista un control del entorno, tener confort, comodidad y sobre todo seguridad. Rodríguez (2006: 77-78)
EVALUACIÓN	
<p>La señora Angelita casi tenía la facultad para vestirse por ella misma, a excepción de algunas ocasiones, en las que necesitaba apoyo para subir el pantalón en la pierna derecha.</p> <p>Se detectó que ella buscaba siempre su independencia en todas las actividades, pero sus familiares de vez en cuando acortaban la autonomía al querer ayudarla, al principio la Sra. Angelita estaba renuente, pero después de tanta insistencia de la familia empezó a creer que ya no las podía hacer; gracias a las intervenciones de enfermería la familia se convenció de la importancia de promover su independencia.</p>	

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico.-

Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con mal nutrición manifestado distensión abdominal y diarrea esporádicamente

Objetivo.

La motilidad intestinal de la señora Angelita se restablecerá después de la identificación y prevención de factores que influyen en los procesos disfuncionales y la realización de acciones adecuadas

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Identificar los patrones de defecación habitual en la usuaria	La identificación del patrón habitual o normal proporciona al cliente y a la enfermera datos basales para establecer objetivos y aumentar la eficacia de las intervenciones Kozier (2002: 1259)
Enseñar factores causantes de la diarrea como: . psicológicos (ansiedad o estrés) . dietéticos (chocolate, alimentos ricos en especias o grasas)	En la cirrosis puede presentarse episodios de diarrea y alternados con estreñimiento Quintín (2008: 254) Si las heces son expulsadas rápidamente no hay tiempo para que se reabsorba el agua, que puede ser causado por el aumento

<p>Para atacarlos</p>	<p>de la movilidad intestinal es decir diarrea. Kozier (2002: 1248-125)</p>
<p>Observar si hay cambio en la evacuaciones en el color, consistencia, volumen, frecuencia, después de consumir algún alimento o medicamento</p>	<p>La valoración continua proporciona datos para evaluar la eficacia de las intervenciones Kozier (2002: 1261)</p>
<p>Indicar a los familiares iniciar hidratación con vida suero oral y llevarla al médico</p> <p>Instruir sobre los cuidados de la región perianal: Limpiar, secar y vigilar datos de irritación, en caso necesario aplicar ungüentos protectores (óxido de zinc, aceites)</p>	<p>La ingesta de líquidos ayuda a prevenir la deshidratación, aumento de la ingestión calórica para evitar pérdida de peso corporal y previene el desequilibrio electrolítico. Kozier (2002: 1261)</p> <p>La inspección de la piel permite a la enfermera comparar los datos basales y evitar irritaciones de la piel, en caso de esto una barrera cutánea evita la erosión de la piel Kozier (2002: 1261)</p>
<p><i>Prevenir la diarrea por medio de la higiene:</i> Lavarse las manos muy bien antes de cocinar o</p>	<p>El lavado de manos es el proceso por el cual se reducen microorganismos patógenos que pueden causar enfermedades</p>

<p>ingerir los alimentos y después de ir al baño</p> <p>Lavar bien frutas y verduras.</p> <p>Colocar unas gotitas de cloro en los vegetales que vamos a comer crudos</p> <p>Asegurarse que el agua que bebe es potable, no beber si es dudosa.</p>	<p>gastrointestinales</p> <p>Rosales (2004: 457)</p> <p>El lavado de manos es una medida de control de la infección que elimina microorganismos que son inofensivos pero potencialmente son peligrosos en caso de una inmunosupresión. Para prevenir la propagación de los microorganismos se debe lavar las manos: antes de comer, después de ir al baño.</p> <p>NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera Saneamiento y Promoción de la salud</p> <p>Apartado: 7.3.7 Lavado de las frutas y verduras en general; aquellas que no se puedan tallar, se desinfectarán mediante el siguiente proceso: una vez lavadas, se sumergirán durante 30 minutos en agua a la que se añadió previamente cloro o yodo</p>
--	---

Apartado: 7.3.2 Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar, servir y consumir alimentos; asimismo, después del cambio de pañales o la defecación.
Referido:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/016ssa24.html>

EVALUACIÓN

La señora Angelita previamente no había identificado bien sus patrones normales de evacuación, después de la asesoría detectó algunos factores desencadenantes de la diarrea, ella logró percibir que la papaya en ayuno o la leche entera le provocaban motilidad intestinal disfuncional. Así que modificó estos factores: la papaya la consumía en menor cantidad por la tarde y la leche entera se cambió por baja en grasas.

Todas las medidas preventivas que fueron proporcionadas, se hicieron más de forma práctica que teórica a la usuaria. Fueron realizadas con mucha facilidad por la señora Angelita y sus familiares la apoyan de manera considerable, por lo tanto su motilidad intestinal se mantuvo normal. Los hábitos higiénicos son practicados por la usuaria de manera muy responsable y como una rutina.

Llegó a presentar melenas después de episodios de sangrado de las varices esofágicas de las cuales hablaremos en el siguiente diagnóstico enfermero.

NECESIDAD DE ELIMINACION

Diagnóstico.-

Riesgo de sangrado relacionado con deterioro de la función hepática

Objetivo

La señora Angelita reducirá el riesgo de sangrado a través de intervención precisa de enfermería

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Orientar acerca de los riesgos de sangrado de la varices esofágicas (ver anexo ¹⁰)	La orientación permite direccionar los actos de una persona, dentro de la salud es un acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida Marion (2007: 621)
Propiciar su armonía interior Ofrecer técnicas de relajación progresiva y musicoterapia (ver anexo ¹¹)	La armonía interior produce relajación en el cuerpo La técnicas relajación reducen el estrés y esto a su vez disminuye la tensión arterial que provoca la hipertensión portal que aumenta el riesgo de hemorragias Kozier (2002: 900)

<p>Prepararse ante una urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Reducir la sensación nauseosa ! Reanimar con líquidos intravenosos ! Llevar al hospital 	<p>Las varices esofágicas son venas submucosas dilatadas que se desarrollan por hipertensión portal, que esta a su vez fue desarrollada por cirrosis hepática, estas tienen gran índice de mortalidad de 15 a 40% de las hemorragias gastrointestinales</p> <p>Lawerence (2001: 582-583)</p>
<p>Prevención de los episodios de hemorragia varicosa:</p> <p>Administración por indicación médica de propanolol</p>	<p>El propanolol es un antagonista competitivo de los receptores adrenérgicos beta 1 y beta 2, indicado para la profilaxis de la hemorragia gastrointestinal alta en pacientes con hipertensión portal y várices esofágicas</p> <p>Castells (2007: 67)</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	
<p>Se explicó los síntomas previos a un episodio de Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA) y ahora la usuaria puede detectarlos para actuar oportunamente.</p> <p>Las técnicas para armonizar su cuerpo y mente se le daban algunos viernes por la noche y los sábados. Durante los días que se realizaron los ejercicios de relajación o la musicoterapia, la paciente me comunicó haber pasado la noche más tranquila y</p>	

relajada.

Siguió con el tratamiento de propanolol, el cual toma correctamente de acuerdo a indicación médica y no presentó ningún tipo de sangrado desde que se hizo la valoración (Junio del 2011) hasta el jueves 09 de agosto del 2012, día que sucedió otra recaída al hospital en medicina interna por hematemesis, causada por el sangrado de tubo digestivo alto.

La pérdida de sangre no fue de gran relevancia, por esto fue dada de alta al segundo día de su hospitalización, con anemia leve para tratarse con medicamentos en casa y con una dieta rica en hierro el 11 de agosto del 2012 (no fue transfundida como en ocasiones previas)

El médico internista que le llevaba el control de su patología declaró a sus familiares que era necesario hacerle una endoscopia para tratar el STDA con el fin de prevenir recaídas por las hemorragias así que fue hizo los tramites para el 3er nivel, situación que no se suscito

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico.-

Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física

Objetivo.-

La señora Angelita evitará caídas por medio de recomendaciones y acciones preventivas propuestas y aplicadas por parte de enfermería y familiares

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Identificación de los factores de riesgo(Ver anexo ¹²), a medida que lo indique el estado general de la usuaria	El estado general del cliente y los tratamientos cambian continuamente Kozier (2002: 759)
Comunicar y documentar a los familiares los factores de riesgo además de la susceptibilidad del cliente	Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. OMS 2012 Referido: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html Todas las personas, familiares relacionados con el cliente deben

	<p>informar los riesgos de caídas de este para garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente</p> <p>Kozier (2002: 759)</p>
<p>Modificar el entorno del cliente para hacerlo mas seguro:</p> <p>Colocar cama en lo más bajo que se pueda.</p> <p>Instalar al lado de la cama un andador y el cómodo</p>	<p>La modificación de los peligros del entorno y se establece un camino despejado dentro de la casa y de las habitaciones y favorece a un entorno mas seguro para el cliente</p> <p>Kozier (2002: 759)</p>
<p>Evaluar la idoneidad del calzado para asegurarse de que sea cómodo, anti derrapante y firme</p> <p>Se recomienda cambiar de posición lentamente, en especial al levantarse de la cama</p>	<p>Las recomendaciones, alertan al cliente tienen que tomar medidas de seguridad o límites para la de ambulación permiten que el cliente mantenga cierta independencia y permiten al cliente buscar ayuda cuando la necesitan</p> <p>Kozier (2002: 759)</p>

EVALUACION

Los factores de riesgo que se detectaron y comunicaron a la familia fueron: edad mayor de 65 años, caídas previas que le provocaron fractura de cadera, dificultad para el movimiento, uso de dispositivos de ayuda, debilidad por su enfermedad, además de la debilidad visual.

Cabe señalar que el cuarto de la señora Angelita quedaba en la segunda planta entonces tenía que subir y bajar escaleras en el ascensor, aunque refería lo hacía de forma lenta y cuidadosa, se insistió en cambiar su habitación a la planta baja, para prevenir accidentes y lesiones, los familiares accedieron y ella estuvo de acuerdo.

Otra de las medidas preventivas que se implementaron fue colocar por las noches el cómodo en su cuarto, también la utilización de dispositivos de ayuda, vigilancia la mayor parte del día por parte de sus familiares o de enfermería en la noche.

Lamentablemente la señora Angelita sufrió una caída de su propia altura el jueves 16 de agosto del 2012 en su baño, describió que fue por un mareo. La prótesis que tenía en la cadera izquierda se fracturó nuevamente, el traumatólogo señaló que este tipo de situación requería como tratamiento reposo absoluto. La usuaria también refería dolor en el tórax, el médico indicó rayos X que revelaron fractura de costillas, esto desencadenó su estado a trombosis pulmonar, provocando el fallecimiento (el 22 de agosto del 2012)

CONCLUSIONES

Al terminar este trabajo me puedo dar cuenta que aún me falta mucho por aprender y hacer, me siento motivada a indagar e investigar para ayudar a las personas que lo necesitan y contribuir a mejorar su salud o incluso a buscar una muerte serena y digna.

Aprendí que enfermería es la carrera más humana que pueda existir, siempre influirá de manera negativa o positiva en las emociones del usuario y no sólo debe cuidar porque recibir una remuneración económica. Somos las que estamos en contacto directo y continuo con el paciente, nosotras vemos realmente cada una de las *repuestas humanas* en su totalidad, es decir todas los procesos fisiopatológicos, sufrimiento, alegría, ira, logros que tiene el paciente. No es lo mismo una niño hospitalizado que sufre sólo porque le duele algo o quiere jugar; a atender una señora posoperada que sabe que tiene responsabilidades y que su padecimiento es un obstáculo para cumplir con sus hijos, con su trabajo, con hogar; es ahí donde entra la relación enfermera-usuario, que posibilita a la persona algunas soluciones, a veces únicamente es necesario saber escuchar.

Al lograr cumplir la mayoría de los objetivos y mejorar la calidad de vida de la Señora Angelita me convengo más que la utilización del Proceso de Atención de Enfermería es necesaria en nuestra profesión y también me convencen los aportes de Virginia Henderson para la realización de los cuidados.

Puedo ratificar la importancia de promover el autocuidado en mí y en todas las personas que tenga a mi cuidado, sobre todo en la tercera edad, porque a veces tendemos a hacerlas dependientes,

cuando aún pueden realizar varias cosas por sí solas y esto les hace sentirse mejor.

Con esta experiencia aprendí que en conjunto el equipo multidisciplinario, debemos participar para promover la prevención de la hepatitis y cirrosis por medio de la promoción de la vacunación en mi comunidad, organizar algunas actividades para difundir la celebración del día mundial contra la hepatitis, utilizar el instrumento que elaboró el Sistema Nacional de Salud bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, que es una Guía de Práctica Clínica de la Cirrosis Hepática, donde los autores hicieron un esfuerzo para que la información contenida ahí fuera completa y actual, todo esto con el fin de evitar que la mortalidad aumente.

RECOMENACIONES Y PROPUESTAS

- ⊕ Mejorar el vínculo enfermero-paciente-familia por medio de una buena comunicación.
- ⊕ Difundir el uso del proceso de atención de enfermería en todas las instituciones de salud y en el ejercicio libre de la profesión, sugiriendo que los colegios de enfermeras realicen las gestiones pertinentes para su regulación.
- ⊕ Actualización constante del personal de enfermería para otorgar un cuidado holístico de acuerdo a las exigencias y necesidades actuales.
- ⊕ Invitar a los estudiantes de la escuela donde egresé para que se interesen y pongan en práctica las diferentes teorías y modelos.
- ⊕ Promover en mi comunidad la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis (28 de julio).

ANEXOS

¹Fisioterapia Pulmonar, consistió en:

- a) Se le explica a la usuaria la posición que debe de adquirir en la cama, en posición decúbito lateral o semifowler, incluso si ella lo desea en sedestación y evitar el Trendelenburg por que aumenta el trabajo respiratorio
- b) Se deben de dar un golpeteo repetido con la mano hueca, como *percusión torácica*
- c) *Vibración torácica*, se colocan las manos, o las puntas de los dedos, sobre la pared torácica para que la usuaria aumente su fuerza al realizar este ejercicio y mejore su estado respiratorio

²Ejercicios de expansión torácica

Se le pedía a la usuaria que hiciera una inspiración máxima, que la sostuviera por cinco segundos, para seguir con una apnea breve al final, y después se le indicaba una espiración lenta pasiva.

³Compresión torácica

- a) Se le pide a la clienta adquiera la posición sedente, la enfermera se debe colocar detrás de la usuaria, la indicación es que respire lentamente
- b) En la espiración, se debe comprimir a tolerancia la caja torácica mediante un abrazo (el fin es aplicar presión sobre el esternón, las porciones inferiores y laterales del tórax) con el fin de para facilita la espiración

⁴Aplicación de un masaje en la espalda:

1. Escoger un momento adecuado libre de interrupciones y de distracciones
2. Colocar la paciente en decúbito prono sobre la cama
3. Calentar la loción o aceite con que se va a dar el masaje con las manos, ya que lo frío puede aumentar el malestar
4. Aplicar effleurage sobre la espalda (Las manos se colocan en la columna lumbar, se aplican un masaje lento hacia el cuello con dedos y palmas, disminuyendo la presión al subir al cuello. Hacer círculos con las manos sobre las escapulas y después bajar lentamente por la parte lateral de la espalda)
5. Aplicar fricción cerca de la columna usando los pulgares para aplicar fricción en círculos desde cuello hasta la cintura
6. Aplicar movimientos de presión con las manos por espalda, usando presión moderada desplazando las manos por los bordes externos de la espalda las caderas hasta el cuello
7. Aplicar movimientos de presión a lo largo de la columna vertebral, colocando una mano encima de la otra y desplazarlas lentamente desde la parte inferior de la columna hasta la parte superior aplicando una presión de ligera a moderada. Observar al cliente cuidadosamente para

asegurarnos que la presión no le esta produciendo dolor o molestias

8. Usar una presión suave aplicar grandes movimientos circulares sobre la espalda, empezar por parte externa de las espalda a nivel de la cintura.

9. Completar el masaje aplicando un effleurage ligero sobre toda la espalda

Kozier (2002: 1024)

⁵Uso correcto de la andadera

Para ajustarlo a la usuaria, se mide a la persona de pie, con lo brazo a los lados, y los mangos del andador deben de estar justo donde dobla la muñeca y con el codo flexionado de 20 a 30 grados.

Se debe explicar a la usuaria:

- 1.- Ubicar la andadera unos 20 a 25 centímetros por delante
- 2.- Colocar el peso del cuerpo entre muñecas, brazos y caminar con la pierna sana.
- 3.- Llevar la pierna afectada hacia adelante evitando cargar peso sobre el pie afectado

⁶Orientación acerca del uso del bastón

Se debe enseñar a la usuaria a:

- 1.- Que lleve el bastón siempre se coloca en la mano opuesta de la pierna afectada
- 2.- Primero se adelanta el bastón, luego la pierna afectada
- 3.- Por último la sana, o bien se mueven juntos el bastón y la pierna afectada y a continuación la sana

1 7Realización de ejercicios de Arco Completo de Movilidad Pasivos (ACM), el procedimiento fue:

1. Exponer el miembro a ejercitarse
2. Sujetar las extremidades del cliente por encima y por debajo de la articulación según se requiera para evitar tensión o una lesión muscular. También puede realizarse rodeando las articulaciones con la palma de la mano o acunando los miembros en el antebrazo de la enfermera
3. Al manejar la extremidad sujetarla de modo firme pero confortable
4. Movilizar las partes del cuerpo suave, lenta y rítmicamente, ya que los movimientos rápidos producen espasticidad y rigidez causando dolor, molestias y lesiones
5. Evitar mover una parte del cuerpo mas allá del rango de movilidad existente, ya que puede provocar lesiones y tensión muscular
6. Si se produce espasticidad muscular durante el movimiento detener el movimiento temporalmente pero seguir aplicando una presión suave y lenta sobre la zona hasta que los músculos se relajen
7. Si hay contractura aplicar presión firme y lenta para estirar las fibras musculares sin producir dolor
8. Si se produce rigidez aplicar presión contra la rigidez y continuar el ejercicio lentamente

⁸Acciones del autocuidado en la necesidad de vestirse:

Se deben promover:

- La independencia en el vestirse mediante la práctica continuada y sin ayuda, motivándolo a que lo haga por ella misma.
- La elección de ropa holgada con mangas amplias que se abrochen adelante, para buscar que se le facilite vestirse por ella misma
- El tiempo de acuerdo a sus necesidades, este debe ser suficiente para vestirse y desvestirse, ya que la tarea puede cansar o resultar dolorosa y difícil
- Un ambiente de confianza para que la intimidad de la usuaria sea eficaz y se vestirse

⁹**Elementos básicos del entorno seguro del adulto mayor**

Se debe fomentar a los familiares que busquen mejorar el entorno de la usuaria, para que sea lo mas seguro posiblemente por medio de las siguientes recomendaciones:

- Eliminar objetos que no se usan en los accesos principales
- Asegurar que el teléfono este ubicado a baja altura, accesible desde el piso
- Buscar que la iluminación nocturna se adecuada, especialmente en los sanitarios
- Colocar pasamanos en duchas, baños, escaleras y desniveles, además de anti-derrapantes en el baño y quitarlos cuando no se usen.
- Instalar asiento elevado en el inodoro
- No usar muebles bajos, evitar encerar los pisos y terrazas.

¹⁰Los signos y síntomas de una hemorragia por causa de varices esofágicas son:

Se deben explicar a la usuaria y a los familiares los signos y síntomas de las varices esofágicas para estar alerta ante una urgencia

- ! Vómitos espontáneos de sangre roja brillante
- ! Melena, que son evacuaciones con sangre
- ! Nauseas
- ! Disfagia
- ! En caso de pérdida de mucha sangre se puede llegar a hipovolemia

¹¹**TÉCNICAS DE RELAJACION**

MUSICO TERAPIA

Realizar antes de dormir en su cama, acostado, con la iluminación adecuados y preferidos por la usuaria

Con elementos de la música como:

. *Tiempo y Ritmo:* Deben ser lentos para suscitar paz, dignidad, calma sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza.

. *La altura:* Los sonidos graves suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad

. *La intensidad:* Un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor que lo que la persona puede soportar.

. *La instrumentación:* Los instrumentos de cuerda suelen evocar el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante, mientras que los instrumentos de viento destacan por su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso.

Proporcionar discos con música clásica y ambiental que se reprodujeron en su estéreo.

RELAJACION PROGRESIVA creada por Edmund Jacobson, Carnawath y Miller Consiste en tres etapas:

ETAPA 1: Se maneja la respiración, con los ojos cerrados, enlentecerla por medio de inspiraciones y espiraciones lentas durante tres minutos.

ETAPA 2: Se practica la tensión (al inspirar) y la relajación musculares (a la espiración) dos veces para cada grupo muscular. Relajando y repitiendo:

1. Manos. Tensar las manos cerrando el puño y apretando.
2. Antebrazos. Doblar las manos por las muñecas, estirando los dedos hacia arriba.
3. Bíceps. Intentar tocarse los hombros con los puños respectivos, tensando los bíceps
4. Hombros. Levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas.
5. Frente. Levantar las cejas el máximo posible.
6. Rostro. Arrugar la nariz y cerrar los ojos (apretándolos).
7. Labios. Apretar los labios uno contra otro.
8. Lengua. Apretar la lengua contra el paladar.
9. Cuello. Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada.
10. Pecho. Inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del Tórax. contener el aliento durante

cinco segundos y después soltarlo. Permitir que el ritmo respiratorio vuelva a ser normal y repetir el ciclo.

11. Estómago. Tensar, manteniendo hacia adentro, los músculos del estómago "aspirando" hacia la columna vertebral. Mantenerlo así durante cinco segundos y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.

12. Espalda. Hacer un arco con la espalda (separándola de la silla).

13. Piernas y muslos. Levantando las piernas de la silla o de la cama, tensar los músculos de los muslos.

14. Pantorrillas y pies. Levantar los dedos del pie hacia atrás, tensando los músculos de las pantorrillas.

ETAPA 3: Implica la relajación de la mente por medio de la imaginación. Se inicia con sesión una imagen o un recuerdo favorito que se pueda explorar durante cinco. Por ejemplo playa, campo en primavera, comida favorita, etcétera (vistas, sonidos, texturas, olores y sensaciones características)

¹²IDENTIFICACIÓN ACTORES DE RIESGO PARA CAIDAS:

Edad mayor de 65años

Historia previa de caídas en el domicilio o en hospital

Dificultad para levantarse de la cama o postura alterados

Episodios de vértigo o convulsiones

Dificultad para pedir ayuda

Uso de dispositivos de ayuda

Visión o audición disminuidas

Debilidad por el proceso de enfermedad o el tratamiento

Estado mental alterado(confusión / desorientación/ deterioro de la memoria o del discernimiento, incapacidad para cumplir ordenes)

Tratamiento farmacológico actual que incluya sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, analgésicos

(Kozier 754pp)

Valoración del Estado del Paciente para Riesgo de Caídas	
(usada por el IMSS H.G.Z. No. 4)	
Factor de Riesgo	Puntos
Limitación Física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas socioculturales	2
Pte. Sin factor de riesgo evidente	1

TOTAL DE PUNTOS	10
-----------------	----

Determinación de GRADO de riesgo de caídas		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto Riesgo	4-10	ROJO
Medio Riesgo	2-3	AMARILLO
Bajo Riesgo	0-1	VERDE

BIBLIOGRAFÍAS

- Bárcenas, F & Salas, S. (1997). *Fundamentos de enfermería Antología Tomo I*. México D.F: UNAM
- Bárcenas, F & Salas, S. (1997). *Fundamentos de enfermería Antología Tomo II*. México D.F: UNAM
- Castells, S. (2007). *Farmacología en enfermería*. España: Elsevier.(2da. ed.)
- De Nicola, Pietro. (2005) *Geriatría*. (5ta ed.). Santa Fe, Bogotá: Manual Moderno
- Gregorio, A. (2008). Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson aplicado a una usuaria con Diabetes Mellitus Tipo II. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3247/1/ELPROCESODEENFERMERIAYELMODELODEVIRGINIAHENDERSONAPLICADOAUNAUSUARIACONDIABETESMELLITUSTIPOII.pdf>
- González, J. (2006). *Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. (6ta ed.) México D.F: Proyección Cultural Mexicana.
- Heather T. Herdman, PhD, RN y otros. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Editorial Elsevier; Barcelona España 2010.
- Johnson, M.& otros. (2007) *interrelaciones NANDA NIC y NOC*. Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Klusek, H. (1985). *Enfermedades respiratorias*. (2da edición). México D.F: Minnie Bowen Rose. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.,
- Kozier, B. & otros. (2002). *Fundamentos de enfermería vol. 1*. México D.F: McGraw-Hill. Interamericana,

- Kozier, B. & otros. (2002). *Fundamentos de enfermería vol. 2*. México D.F: McGraw-Hill. Interamericana,
- Lawrence, M. & otros. (2006) *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México D.F: Manual Moderno
- Leslie D. Atkinson. Mary Ellen Murray. (1996). *Proceso de atención de enfermería*. México D.F: MacGraw-Hill Interamericana;
- Mahan, K. & Esoutt, S. (2008) *Nutrición y dieto-terapia de Krause*. (12va. ed.) México D.F: McGraw Hill Interamericana.
- Mota, C.& otros. (2005). *Enfermería farmacología clínica*. (5ta ed.) España: Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona
- Molares, P., Morant, P., Solé, A., Lozano, C., & De Lucas P. (1999). *Rehabilitación respiratoria en fibrosis quística y bronquiectasias*. Madrid España: Editorial Güell.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Saneamiento y Promoción de la salud
- Nordmark, M & Rohweder, A. (1993). *Bases científicas de la enfermería* (8va. ed.) México D.F: Ediciones La Prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V
- Quintín, J. (2008) *Dietética, alimentación a enfermos*. (7ma ed.) México D.F: Dietética en el Instituto Nacional de Cardiología.

- Sánchez, T. & otros. (2002). *Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de investigación en el área de la salud*. México D.F: Prado
- Rodríguez, N. (2006) *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Rosales, S. & Reyes, E. (2004) *Fundamentos de enfermería*. México D.F: Manual Moderno

- Tallis, R. (2007) *Geriatría*. (6ta ed.) Madrid España: Marban
- Tortora, G. & Derrickson, B. *Principios de anatomía y fisiología*. (11va ed.) México D.F: Panamericana.
- Wilkman, J. & otros. (2000). *Cuidados de enfermería*. México DF: McGraw-Hill Interamericana
- William, M. (2007) *Clínica medicas de Norteamérica, tratamiento moderno de enfermedades respiratorias*. México D.F.: Interamericana.
- http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_038_08_INSUFICIENCIA_HEPATICA_CRONICA/IMSS_038_08_GRR.pdf
- <http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php#antecedentes>