



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA ADULTA CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN,
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Enfermería

PRESENTA:

Alvarado Bravo Teófila

Número de cuenta: 205011441

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M. E. María Aurora García Piña

Ciudad de México, Abril 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinito amor, dándome la fuerza, la voluntad y la tenacidad que me permitieron lograr este proyecto de vida.

A mi hija Lizbeth, por su apoyo y comprensión, y por ser mi motor y mi fuente de inspiración.

A mis padres y hermanos por la confianza, el amor y el apoyo que me han brindado siempre.

A mis maestras (os) en línea, ya que, gracias a su elevado grado de profesionalismo y su gran sentido de humanidad, fue posible entender, comprender y aprender de ellos. Sobre todo, agradezco a la Maestra María Aurora García Piña por su apoyo desmedido y por su paciencia en la asesoría del presente trabajo.

¡Muchas gracias!

ÍNDICE

	Página
I. Introducción.....	4
II. Justificación	6
III. Objetivos.....	8
IV. Marco Teórico.....	9
4.1 Antecedentes Históricos del Cuidado.....	9
4.2 Proceso de Enfermería y Etapas.....	10
4.3 Modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson...	30
4.4 Etapa de envejecimiento.....	35
V. Metodología.....	40
VI. Aplicación del Proceso de Enfermería.....	46
6.1 Presentación del caso clínico.....	46
6.2 Valoración de 14 necesidades.....	48
6.3 Conclusión Diagnóstica de enfermería.....	54
6.4 Planeación, Ejecución y Evaluación de las intervenciones de Enfermería.....	56
VII. Conclusiones.....	104
VIII. Sugerencias.....	106
IX. Bibliografía.....	107
X. Anexos.....	109

I. INTRODUCCIÓN

Considerando que la Diabetes Mellitus es una de las principales pandemias que aqueja a la humanidad, afectando actualmente a más de 415 millones de personas y se espera que para el año de 2040 esta cifra aumente a 642 millones, así como 1 de cada 11 adultos es diabético y 1 de cada 2 personas con diabetes no sabe que la tiene (NHLBI, 2013).

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), el impacto psicosocial de la diabetes es que el 19% de las personas con diabetes siente que es discriminada debido a su condición, el 37% de los familiares se sienten frustrados por no saber cómo ayudar a sus familiares enfermos y el 45% de las personas con diabetes experimentan una pesada carga emocional a causa de la diabetes.

Debido a que es considerada una enfermedad multifactorial la atención a las personas con diabetes se debe realizar dentro de un sistema con atención interdisciplinaria que ponga igual énfasis en el cuidado clínico y la educación terapéutica, con el fin de identificar y atender las dificultades que las personas con diabetes afrontan o perciben en el desarrollo de su vida diaria, todo lo cual se traduce en el mejoramiento de su calidad de vida y en un óptimo control metabólico, sin el deterioro del desarrollo de su vida diaria y del sentimiento de bienestar general.

Es debido a la magnitud del problema de salud que esta enfermedad representa lo que impulsa al personal de enfermería a contribuir en las actividades de prevención, control y cuidados. Ya que este padecimiento es tan complejo que afecta la salud física, emocional, social, psicológico y económico, tanto de la persona como del resto de la familia. En este escenario la participación del profesional de enfermería es de gran relevancia, sobre todo en el primer nivel de atención donde se puede promover la salud y la prevención primaria, mediante el fomento de buenos hábitos de alimentación,

de la importancia de realizar ejercicio, así como de evitar el sedentarismo; entre otras actividades que permitan desarrollar estilos de vida saludable.

El profesional de enfermería cuenta con herramientas como el proceso de enfermería para poder brindar cuidados de manera individualizada a personas que tienen alteración en sus necesidades básicas, por ello se retoma el modelo de Virginia Henderson con la finalidad de llevar a la independencia al Sr. C.A.P.M., residente de la localidad de Tlacotalpilco, Hidalgo, fue diagnosticado hace 32 años aproximadamente de Hipertensión Arterial Sistémica, del cual llevó control y manejo en la clínica de su localidad, sin embargo, un año después sufrió un Accidente Cerebral Vascular el cual le dejó como secuela una hemiplejía del lado izquierdo, así mismo fue diagnosticado hace 10 años de Diabetes Mellitus II.

El presente trabajo está organizado con un marco teórico en el cual se rescatan los fundamentos teóricos para el desarrollo del cuidado enfermero, una metodología donde se describe como desarrollo este proceso de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson quien refiere que el individuo es un todo completo, presenta catorce necesidades básicas y el objetivo principal de éste modelo es conseguir su independencia lo más rápidamente posible.

A continuación, se desarrolla el proceso de enfermería que se llevó a cabo con el Sr. C.A.P.M. y cada una de sus etapas: valoración de las catorce necesidades básicas (ver anexo 1), conclusión diagnóstica, el diseño y aplicación del plan de cuidados, (planeación, ejecución y evaluación).

También se enlistan las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración de este Proceso de Enfermería.

Finalmente se integran las conclusiones, sugerencias y los anexos donde se incluye: instrumento de recolección de datos y una breve descripción de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

II. JUSTIFICACION

Es preciso mencionar que el Sr. C.A.P.M., es residente de la localidad de Tlacotalpilco, Hidalgo, población que cuenta con un número aproximado de 1500 habitantes; 1018 son mayores de 12 años, de los cuales 31 son enfermos de diabetes. Lo que nos da una tasa del 3 % de la población adulta enferma de diabetes mellitus tipo II.

Considerando que la diabetes mellitus es la principal causa de muerte en nuestro país, es preciso que los profesionales de la salud, las enfermeras y enfermeros incluyan en sus actividades diarias acciones que generen promoción, prevención y cuidados para la diabetes de los pacientes, familias y de la comunidad en general.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) informó una prevalencia de obesidad abdominal, de acuerdo a la circunferencia de cintura, de 70% en hombres y 74% en mujeres. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes en México es de 31.9%. Alrededor de 7 de cada 10 adultos padecen sobrepeso u obesidad. La obesidad mórbida, sin embargo, aumentó 45% en mujeres y 22% en hombres en los últimos 6 años.

Los casos de diabetes por diagnóstico anterior fueron de 15.4% en los hombres y 19.6% en las mujeres. De estas cifras solo una cuarta parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres tenían diabetes bien controlada, de acuerdo con el porcentaje de hemoglobina glucosilada (Hba1c). En el caso de hipertensión arterial (ENSANUT 2012), la medición de la tensión arterial se realizó mediante el uso del esfigmomanómetro de mercurio siguiendo la técnica y procedimientos recomendados por la American Heart Association. Se utilizó un monitor para validar en una sub-muestra la calidad de las mediciones hechas por el personal de campo. Se consideró que un adulto

tenía HTA cuando reportó haber recibido el diagnóstico de un médico o presentaba cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. De acuerdo con estos criterios, la prevalencia actual de HTA en México es de 31.5% (IMC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IMC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2- 21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). Además, durante la ENSANUT 2012 se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA.

Por todo lo anterior se elijé este caso clínico para desarrollar el proceso de enfermería ya que considero que el Sr. C.A.P.M requiere de orientación, enseñanza y guía para proporcionarle cuidados individualizados; por la situación de enfermedad con sus diagnósticos médicos presentes, por los estilos de vida que practica de manera cotidiana, así como la comunicación con la familia.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad multifactorial del cual todos los profesionales de la salud debemos prestar atención, ya que de esto dependerá el nivel de bienestar de las personas y las familias, también permitirá estructurar un documento donde se establezcan los cuidados enfermeros de manera integral.

Todo lo anteriormente mencionado con el firme propósito de ayudar al Sr. C.A.P.M y a su familia a evitar y/o postergar las posibles complicaciones propias de la Diabetes como son por mencionar el Pie diabético, la insuficiencia renal, la retinopatía entre otras; o bien evitar un segundo ACV, pero sobre todo lograr que sea independiente y por ende lo que a su vez resultara de manera positiva en la calidad de vida de la persona.

Así mismo este proceso se desarrolla con la intención de obtener el título de Licenciada en Enfermería, una vez realizada la réplica oral y sea aprobada por el jurado académico.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Estructurar un proceso de enfermería con el Sr C.A.P.M., con base en el modelo de Virginia Henderson el cual se llevará a cabo durante su asistencia mensual a su clínica familiar y mediante visitas domiciliarias durante los meses de Julio a noviembre del 2017.

3.1. Objetivos específicos

- Valorar las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson
- Estructurar los diagnósticos de enfermería con el formato PES (problema, etiología y signos – síntomas).
- Diseñar e implementar el plan de cuidados, y
- Evaluar las fases del proceso de enfermería

IV. MARCO TEORICO

4.1 Antecedentes históricos del cuidado

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Por este motivo, los contenidos de este texto tratan de resaltar los hechos que han determinado los distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días. Para ello se han tomado como referente las cuatro etapas descritas de la práctica de las mujeres cuidadoras: (doméstica, vocacional, técnica y profesional).

La etapa doméstica del cuidado; debido a que la mujer desde el inicio de los tiempos en el hogar es la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

La etapa vocacional del cuidado; se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

La etapa técnica del cuidado; que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

La etapa profesional del cuidado; en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo xx hasta nuestros días. (Collière, 1993).

4.2. Proceso de Enfermería y etapas

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Murganza, 2016).

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976).

Este PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen (Iyer P. 1986).

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje)
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico)
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

Las ventajas de utilizar el método PAE:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para la persona son: Participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, y mejora la calidad de la atención,

Para la enfermera: Se convierte en experta, satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional.

Las características del PAE son:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Etapas del Proceso de enfermería:

A continuación, se describen las etapas del proceso de enfermería con base en lo que describe, (Carpenito 1987):

1) Valoración:

Es la primera etapa del proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del individuo a través de diversas fuentes: éstas incluyen a: la persona como fuente primaria, expediente clínico, familia. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia (Iyer 1989):

Muchas enfermeras recolectan principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se indagan:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora
- Sentido común
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recolectar:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Los tipos de datos a recolectar son (Briggs J. 1985):

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)

- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas)
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

Estos datos se pueden obtener utilizando diversos métodos, a continuación, se describen:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser **formal o informal**. **La entrevista formal** consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. **El aspecto informal de la entrevista** es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
-

La entrevista consta de tres partes: (Rosales S.2005) Inicio, cuerpo y cierre

- **Inicio:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recolección sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con la persona, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo la exploración tendrá que ser cefalo-caudal.

Este método se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación; cada uno de se describe a continuación:

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
 - o **Hipersonoros:** aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire

- **Timpánicos:** se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.
- También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

La información ya ha sido recolectada y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada institución de salud. Es importante al término de esta fase **realizar la documentación y registro de la valoración** ya que constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad, prueba de carácter legal, permite la investigación en enfermería, permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

2) Etapa de Diagnóstico de Enfermería:

El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo (Andrade R .2016). En ella se va a exponer el proceso mediante el cual en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Para llegar a esta clasificación (Andrade R .2016).

1. Identificación de problemas: análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis. Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Es necesario considerar los componentes de las categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. **Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. **Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales** siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo, es:

D) Tipos de diagnósticos (Andrade R .2016):

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición característica que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del

Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. A la descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

3) Planificación de los cuidados de enfermería:

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones (Andrade R .2016).: Dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión **dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión **interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.

Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión **independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución de la persona, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería (Andrade R .2016), esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación

de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. Posteriormente se documenta y registra la planeación considerando:

Determinación de prioridades donde se debe priorizar los problemas que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con la persona, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que, bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto, se dará preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad, las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es en el caso del modelo de Henderson, 1957 favorece que las personas sean independientes.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, se definen los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para: dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A) Encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- B) Buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- C) Conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados

especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

De manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados (Andrade R .2016):

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar problemas/diagnósticos de enfermería
- Realizar educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a las personas a realizar las actividades por sí mismos.

La documentación en el plan de cuidados de enfermería es la última acción del plan de cuidados que consiste en el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christens en (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación de la persona, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación y la evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

Tipos de planes de cuidados Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados. (Andrade R .2016).

4) Etapa de ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona y la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la

resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es continuar con la recolección y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Es importante en esta etapa considerar las reacciones humanas que cada persona tiene al brindarle cuidados, ya que puede ser una meta de la enfermera (o), alimentarlo, pero al valorar de nuevo se observa deprimido, dicha situación cambia la situación y habría que iniciar la valoración, diagnóstico y planeación para ejecutar las acciones de enfermería.

5) Etapa de evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

- El proceso de evaluación consta de dos partes: recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: Observación directa, examen físico y examen de la historia clínica
2. Señales y Síntomas específicos: Observación directa, entrevista con el paciente y examen de la historia
3. Conocimientos: Entrevista con el paciente, cuestionarios (test)
4. Capacidad psicomotora (habilidades): Observación directa durante la realización de la actividad
5. Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones, información dada por el resto del personal
6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente, información dada por el resto del personal.

De forma resumida y siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.
- La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo

y sintió la persona. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, es decir durante todas las etapas del proceso de enfermería; así podemos detectar como va evolucionando la persona y/o realizar ajustes para lograr la independencia.

4.3 Modelo de Virginia Henderson

A continuación, se describirán los principales conceptos y definiciones del modelo de V. Henderson 1980, el cual da una visión clara y específica de la función de Enfermería al brindar los cuidados. (Masson; 2003).

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

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

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

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

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

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

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

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

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

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

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson, quien afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

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

Persona: Ser humano que forma un todo complejo, con catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

La persona debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados. (Masson; 2003).

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

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia de la persona. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por la persona. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia de la persona en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que pretendía era la delimitación y definición de la función de la enfermera. A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma de acuerdo al modelo de V. Henderson el cual comprende los cuatro elementos siguientes:

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.4. Etapa de envejecimiento

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. (Medware 2003).

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. (J. Rodríguez 2002).

Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Sin duda, los cambios que se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo. Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema. La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía, pues su fuerza ha disminuido. (Porter 1995).

Cambios biológicos relacionados con la edad

Sistemas sensoriales

a) Visión

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

b) Audición

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

C. Gusto y olfato

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

D. Tacto La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad. Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de

colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades en este caso diabetes mellitus o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

Sistema digestivo

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión. • Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado. (Millan, 2011).

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida. Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo.

Cambios sociales Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios.

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.
- Compañía social La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones. Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma:
 - Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona.
 - Se pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares... pero se pueden ganar otros muchos dependiendo de la actitud que adopte la persona ante su nueva situación. (Millan, 2011).

V. METODOLOGIA

Para la realización de este proceso de enfermería fue necesario apegarse a los siguientes pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como primer paso para la elaboración de este proceso fue necesario conocer dicho método, identificando y reconociendo la importancia de cada etapa, así como del saber cómo, cuándo, dónde y para qué es útil este conocimiento durante el ejercicio y la práctica diaria del profesional de enfermería.

Posterior a esto se eligió el modelo teórico de enfermería de Virginia Henderson, a razón que considero permite valorar las necesidades de la persona, ya que es un modelo que contempla aspectos esenciales como lo biológico, social, mental y espiritual; aspectos siempre existentes de una o de otra forma en cada individuo lo que lo hace ser diferente a los demás seres y lo convierte en un ser único, intransferible e irrepetible.

Específicamente durante la etapa de la valoración se conoció al Sr. C.A.P.M., que acude mensualmente al servicio de consulta externa para el control de la diabetes Mellitus tipo II. Se llevó a cabo la toma de signos vitales, somatometría, medición de la glucosa capilar en ayunas, bililabstix en orina, prueba rápida de hemoglobina, agudeza visual y auditiva, así como de una exploración física general mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación.

También se llevó a cabo la recolección de datos utilizando el instrumento de necesidades de Virginia Henderson (Ver anexo 1), se le solicita al Sr. C.A.P.M., entrevistas en el domicilio y accedió; esto permitió que expresara su sentir, físico y espiritual de forma libre y abierta teniendo como propósito identificar los problemas reales o potenciales de salud.

La entrevista permitió organizar los datos objetivos y subjetivos siendo el Sr. C.A.P.M el principal informante. Se realizó la valoración objetiva mediante la visualización del entorno, del aspecto de la persona y de la familia, de los hábitos cotidianos y de alimentación. La valoración subjetiva se obtuvo mediante la expresión del Sr. C.A.P.M y de la familia. Posteriormente se procedió a validar la información obtenida mediante un análisis y selección, lo que sugirió una segunda visita para verificar toda esta información y además de conocer más acerca de él durante 20 minutos mientras esperaba su turno de consulta médica en su consulta mensual. También fue necesario indagar con su médico acerca de su tratamiento y manejo, así como de verificar en expediente clínico y de tarjetas de control de diabetes.

Seguido de esto se procedió a realizar los registros acerca de dicha valoración clasificándola en objetiva y subjetiva utilizando el modelo de Virginia Henderson quien clasifica esta valoración mediante las 14 necesidades básicas del ser humano. (Ver anexo 1).

En la etapa de **diagnóstico de enfermería**, a partir de los datos obtenidos durante la valoración se procedió a emitir los juicios clínicos de las respuestas humanas del Sr. C.A.P.M, priorizando las 14 necesidades según Virginia Henderson y razonando una a una, dándole los siguientes valores:

- **Independiente.** –cuando la persona puede ejercer dicha necesidad de forma autónoma.
- **Parcialmente dependiente:** si requiere de un grado mínimo de ayuda.
- **Dependiente:** significa que la persona por si sola es incapaz de satisfacer dicha necesidad y que la única forma de lograrlo será mediante la ayuda de otra persona.

Encontrando así los problemas interdependientes es decir los diagnósticos de enfermería del Sr. C.A.P.M, a los que también se identificó una causa aparente y la forma en que este se manifiesta, es decir (problema + factores relacionados + datos subjetivos y objetivos). Una vez estructurado dicho

diagnóstico se procedió a su validación mediante la comparación de los datos obtenidos con los factores relacionados, el riesgo y características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. Para concluir esta etapa se procedió a realizar los registros de los diagnósticos de acuerdo a cada necesidad.

En la etapa de **Planeación**, una vez identificados los diagnósticos de enfermería se ordenaron de forma prioritaria es decir tomando en cuenta en primer lugar las necesidades fundamentales como: la necesidad de oxigenación, alimentación e hidratación, así como de moverse y de mantener una buena postura.

Se planeó una visita domiciliaría de forma semanal con el objetivo de ayudar a la persona y a la familia a lograr una mayor independencia, valiéndose por sí mismo o aprendiendo y reconociendo la utilización de aditamentos, aparatos y medicamentos que pueden servir de apoyo o que incluso puedan dar solución a dicha discapacidad.

Posteriormente se elaboran los planes de cuidados que integran el problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independientes e interdependientes y evolución. Utilizando las taxonomías de la NANDA. Todo esto con el objetivo de ayudar a la persona a alcanzar un máximo de bienestar de independencia considerando aspectos: físicos, emocionales y espirituales.

Se establecieron metas, para alcanzar un nivel óptimo de cifras de glucosa capilar, evitar caídas, integrar una dieta saludable para el paciente y la familia, etc. Así mismo se establecieron las acciones pertinentes de acuerdo a cada diagnóstico de enfermería.

Propiamente en la etapa de ejecución se tomó como guía lo estipulado en la planificación de los cuidados con el objetivo de alcanzar al 100% las metas planteadas, esta etapa fue la que llevó el mayor tiempo ya que fue necesario llevar a cabo varias visitas domiciliarias de aproximadamente 30 minutos haciendo un total de 5 durante el proceso, en la vivienda del Sr. C.A.P.M, donde se entabló una comunicación muy estrecha entre el profesional de enfermería, persona y familia.

En cuanto a cuidados específicos se vigiló la saturación de O₂, se llevó un control estricto de glucosa capilar y valoración de presión arterial. Se realizó orientación y promoción de la salud, así como del abordaje de los temas de las patologías haciendo hincapié en cuidados interdependientes durante las visitas del paciente en la clínica y de manera domiciliaria.

Se enfocó en la educación para el Sr. C.A.P.M, y familiares ya que fue necesario educar acerca de la importancia de mantener una oxigenación adecuada, por lo que se hizo demostración práctica de la fisioterapia pulmonar, así como de mantener una vía aérea permeable.

En una visita domiciliaria, se dio plática informativa donde se enseñó a identificar los tres grandes grupos de alimentos, y de cómo se deben combinar y calcular éstos para crear una dieta baja en calorías y que ésta sea adecuada para una persona con diabetes, utilizando el plato del buen comer y la jarra del buen beber.

Se orientó acerca del uso correcto del bastón, uso de barandales, y apoyo de otra persona al caminar o al subir al transporte público, entre otros. Se promocio que ningún integrante de la familia sea ajeno a las recomendaciones médicas y de enfermería y que en el círculo familiar el apoyo sea constante, que les permita vivir en armonía y con una esperanza de vida elevada.

La educación y promoción se enfocó en lograr que el paciente sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. **Finalmente, la etapa de evaluación** estuvo presente desde el inicio del proceso: en la recolección de datos hasta la ejecución de las acciones, todo esto como un proceso continuo que permitió establecer o replantear las estrategias a seguir. Durante la valoración se tuvo que evaluar si la información obtenida era la adecuada, ya que en algunos casos fue necesario replantear los cuestionamientos para así obtener los datos que realmente fueran útiles para llevar a cabo dicho proyecto.

Durante el planteamiento, también fue necesario llevar a cabo una evaluación, esto mediante los objetivos esperados, es decir, considerando si éstos nos permitirían un cambio positivo y favorable para el Sr. C.A.P.M, y su familia considerando que si existía dicha actitud se continuaba con el planteamiento.

Sin embargo, fue durante la ejecución donde la evaluación fue más enfática ya que fue necesario evaluar cada acción realizada para valorar su efecto, por ejemplo: la acciones que incluían la promoción, educación para la salud por tanto se evaluó el cambio que se dio con respecto a los hábitos anteriores por medio de la observación, de las cifras de glucosa, de la aceptación de la enfermedad, de la actitud ante la vida, así como una mejor autoestima.

De manera general se pudo observar que la familia mostró mayor interés en las medidas de prevención en el hogar, en evitar el consumo de alimentos chatarra y además de incorporarse a la dieta que el Sr. C.A.P.M, lleva a cabo, demostrándole así su apoyo y solidaridad, cuidando también de esta forma, su propia salud.

Cabe señalar que fue un éxito el trabajo con esta familia ya que se logró la mayoría de los objetivos y sobre todo el “concientizar a la persona y a la

familia” que en lo que a la salud respecta cada individuo tiene un grado muy alto de responsabilidad, y que aunado a la tarea que los profesionales de la salud realicen, se podrá obtener un nivel de salud y bienestar digno de un ser humano.

Por último, mencionar que este proceso de enfermería de manera simultánea se fue transcribiendo para ser revisado de manera virtual por parte de la asesora del trabajo, es decir utilizando el internet, correo electrónico y vía telefónica.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1. Presentación del caso clínico

Ficha de identificación:

Nombre: C.A.P.M.	Edad: 52 años	Talla: 1.58cm.
Fecha de nacimiento: 12 de septiembre de 1962	Sexo: masculino	
Ocupación: ayuda a su esposa e hija a vender desayunos	Escolaridad: primaria	Fecha de admisión: 25 de julio del 2017
Hora: 19.00hrs	Procedencia: Tlacotalpilco Mpio. De Chilcuautla Hgo.	Fuente de información: directa
Fiabilidad: (1-4): 4	Miembro de la familia/ persona significativa: padre/esposo	

Se trata de masculino de 52 años de edad, quien es originario de El Salvador (Centroamérica), llegó a este país en 1981 a los 20 años de edad como migrante de paso, ya que tenía la intención de seguir su trayectoria de forma ilegal hacia los Estados Unidos, sin embargo por azares del destino tuvo que quedarse a trabajar de forma temporal en la Ciudad de México, donde conoce a la que ahora es su esposa, del cual deciden formar juntos una familia, procrearon 2 hijos, posteriormente dejan la ciudad y se establecen en el pueblo natal de su esposa, donde hasta la fecha siguen viviendo.

Vive con su esposa e hija, mismas a las que apoya en lo poco que puede en la venta de desayunos (atoles, tamales y antojitos mexicanos), es de religión evangélica.

Tiene casa propia de 2 habitaciones, luz eléctrica, con baño sin regadera conectado al drenaje público, pisos y techos de cemento, agua potable en el patio de su domicilio, la basura la depositan en el carro recolector municipal, cocinan con estufa de gas y también con leña, cuentan con refrigerador para almacenar sus alimentos y un patio de tierra. Niega conocer familiares con enfermedad crónica o congénita.

En 1985 fue diagnosticado medicamente de Hipertensión Arterial Sistémica, del cual llevó control y manejo en la clínica de su localidad, sin embargo, un año después de haber sido diagnosticado sufrió un Accidente Cerebral Vascular el cual le dejó como secuela una hemiplejía del lado izquierdo, actualmente lleva control farmacológico con amlodipino de 5mgs. 1 cada 12 horas, aunado a esto en el año 2007 fue diagnosticado medicamente de Diabetes Mellitus II, razón por el cual ha sido hospitalizado en 2 ocasiones por hiperglucemias alcanzando cifras de hasta 830mgs/dl de glucosa en plasma, la primera vez y en la segunda ocasión de 730mg/dl, esta última, sucedió en diciembre del 2014.

Inicio control farmacológico de la Diabetes Mellitus II con metformina de 850mgs. 1 cada 12 horas, actualmente es manejado únicamente con insulina de acción intermedia a dosis de 16 unidades por las mañanas y 14 por las tardes, además de está tomando un multivitamínico (bedoyecta) en tabletas una diaria, así como un licuado de “xoconostle, nopal, alfalfa, sábila y apio”, se le ha indicado llevar una dieta baja en sodio así como de calorías para coadyuvar en el control de sus padecimientos crónicos, más sin embargo manifiesta que no siempre es posible llevar a cabo dicha recomendación.

6.2. Valoración de Necesidades básicas:

OXIGENACIÓN

El Sr. **C.A.P.M.** Refiere dificultad respiratoria solo al realizar sobreesfuerzo, sin presentar dolor, ocasionalmente presente tos seca, actualmente no fuma, cabe mencionar que fumó por 13 años llegando a fumar 3 cajetillas diarias. Actualmente el Sr. Se encuentra utilizando fogón de leña todos los días e inhalando humo, lo cual le ocasiona tos y disnea de esfuerzo.

Su esposa refiere que ronca, y en ocasiones con mayor intensidad, lo que la obliga a despertarlo para que adopte una mejor postura con la intención de que disminuya la intensidad de este problema.

Se valoran y registran los signos vitales con cifras de: **T/A 140/90mmHg, F.C. 62 por minuto, F.R. 20 por minuto, temperatura 36°C, SO₂ 96%**. Se encuentra consciente, tranquilo y ubicado en sus tres esferas, se confirma la presencia de tos seca.

La coloración de su piel en general es blanca, sin palidez, con llenado capilar de dos segundos, mucosas ungüeales y peribucales sin cianosis. Se encuentra cavidad buco nasal bien hidratada con faringe sin datos patológicos, cuello cilíndrico, pulsos carotídeos presentes, tórax y campos pulmonares con adecuada amplexión y amplexación, sin estertores, con ligera sibilancia, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

El Sr. **C.A.P.M.** Refiere realizar dos comidas principales y una colación, consume alimentos de origen animal, leguminosas, cereales, así como frutas y verduras de la región, toma 2 litros de agua aproximadamente al día. Se le ha indicado llevar una dieta baja en sodio, así como de calorías, para coadyuvar en el control de sus padecimientos crónicos, sin embargo, refiere que no siempre es posible llevar a cabo dicha recomendación, por lo que consume por lo regular todo tipo de alimentos incluyendo café, refresco, pan, tamales, etc.

Regularmente se cepilla los dientes una vez al día por las noches, carece de los dos dientes incisivos superiores y solo cuenta con tres molares el resto están presentes, en la mayoría de las piezas dentarias presenta caries. Las encías se encuentran de color rosado, sin gingivitis, presenta ligera halitosis. Somatometría: **peso 70kgs, talla 1.60cm. I.M.C. 27.3 (en sobrepeso), Perímetro de cintura 106cm.**

Otros datos subjetivos: **glucosa: 264mg/dl, colesterol 172mg/dl.**

ELIMINACIÓN

En cuanto a esta necesidad el Sr. C.A.P.M. refiere llevar a cabo una dieta inadecuada, por lo que también presenta disminución del peristaltismo. Regularmente evacua heces duras, cada tercer día sin dolor ni sangrado alguno, orina de 3 a 5 veces al día y por las noches de una a dos veces, no presenta dolor ni ardor, esta es de color ámbar, con olor y temperatura normal. La última vez que estuvo hospitalizado presentó una severa infección de vías urinarias del cual fue tratado y aparentemente bien recuperado. A la palpación se encuentra abdomen blando sin megalias con peristalsis de ritmo e intensidad normal, se palpa vejiga depresible sin dolor ni alteración aparente.

TERMORREGULACIÓN

La persona refiere no tener problemas para el control de la temperatura ya que se puede adaptar con facilidad al frío o al calor. Cuenta con lo necesario para mantener una temperatura corporal aceptable para el buen funcionamiento del organismo, como lo es una vivienda donde puede protegerse del frío, del calor, de la lluvia, del viento, etc. Cuenta con ropa y calzado para abrigarse del frío, así como del calor. Su vivienda es fresca en temporadas de calor y fría en temporadas invernales, no cuenta con ningún sistema de aire acondicionado, únicamente cuando hace mucho calor utilizan un ventilador movible. En tiempos de fríos si es necesario utiliza el calor del fuego por medio de una fogata en su patio, así como el consumo de té, café, atoles o caldos calientes y para los tiempos calurosos utiliza ropa ligera, baños con agua fría, consumo de aguas frescas, paletas de hielo o helados, y el uso de un ventilador.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

El sistema músculo esquelético es íntegro en su aspecto anatómico sin embargo en su capacidad motora esta disminuida por la hemiplejia izquierda por lo que es necesario el uso de bastón, así como de una deambulación característica (arrastrando la pierna), lenta y para contrarrestar la falta de fuerza y movilidad del brazo izquierdo la mayoría de las actividades las realiza con el brazo derecho por lo que las actividades se tornan lentas y en ocasiones torpes. Sin embargo, refiere que ha aprendido a vivir con este problema por lo que trata de llevar una vida lo más normal posible mostrándose optimista y positivo.

Se observa que algunas actividades donde es realmente necesaria la ayuda de alguien, por ejemplo: anudar las agujetas, abrocharse los botones, las demás actividades las realiza por sí solo, aunque con cierto grado de dificultad.

DESCANSO Y SUEÑO

El paciente refiere que regularmente duerme ocho horas por las noches y una hora en el día ocasionalmente, presenta insomnio debido al consumo de café, refiere no tener problemas de ansiedad ni de estrés.

Descansa más de ocho horas al día, ocasionalmente se siente cansado, aún después de dormir.

Cuenta con una recámara donde duerme él solo, se observa colchón en mal estado, duro y con algunos resortes salidos, cama desalineada, su almohada es dura, la habitación no cuenta con el orden y el acomodo debido.

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Él es capaz de elegir de forma independiente el tipo de vestido y calzado a utilizar y viste de acuerdo a su edad y su entorno, es de religión evangélica del cual refiere, no le limita de ninguna forma utilizar algún tipo de vestido, se siente satisfecho con su forma de vestir, sin embargo, refiere que su situación económica si limita un poco el hecho de no poder usar alguna prenda deseada. Se observa desalineado, con el pantalón sin planchar, la chamarra rota y los zapatos sin lustrar y con las agujetas mal anudadas.

HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Lleva a cabo baño cada 3 o 4 días regularmente, refiere que la falta de baño con regadera en su vivienda le implica cierto grado de dificultad para realizar dicha necesidad con mayor frecuencia, se baña solo y prefiere bañarse a medio día por ser cuando el clima es más apto, sus creencias y su religión no son ninguna limitante para llevar a cabo su higiene, solo se cepilla los dientes una vez al día ya que considera que así es suficiente, presenta halitosis, se

lava las manos antes de comer y después de ir al baño, se observan uñas largas y sucias.

EVITAR PELIGROS

Ante los riesgos de algún accidente tiene conocimiento de cómo actuar para evitar mayor daño, así como de los riesgos a los que está expuesto como diabético e hipertenso, sin embargo, no ha podido hacer conciencia real para evitar estos riesgos, ya que por lo regular maneja cifras fuera de rango normal, no lleva a cabo indicaciones médicas y nutricionales, no toma medicamento como es indicado, solo va al centro de salud cuando ya no tiene medicamento o insulina.

COMUNICARSE

El Sr. **C.A.P.M.** no tiene problema alguno para comunicarse de forma verbal o no verbal, sin embargo, refiere la familia que el paciente es de una actitud un tanto difícil ya que no es fácil que el acepte que alguien más tiene la razón, por lo que en ocasiones la esposa e hija prefieren no hablar con él.

Se observa que existe un grado de falta de comunicación y de entendimiento, ya que el paciente le cuesta mucho aceptar consejos y recomendaciones, por lo que genera que la familia tome cierta distancia para con el cuidado de su salud.

VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Refiere vivir a gusto según sus creencias y su religión, el cual puede ejercer de forma libre y sin presiones, acude a su iglesia una vez por semana y lo hace por convicción no por obligación. El único objeto material que él y su familia toman como sagrado y de valor invaluable es la biblia.

TRABAJAR Y REALIZARSE

Desde que sucedió el AVC en algunas ocasiones ha podido conseguir alguno que otro trabajo, más sin embargo ninguno ha sido duradero ya que su situación física ha influido en gran manera para no ser contratado o para ser despedido en poco tiempo. Por ahora no tiene un empleo, sin embargo, él hace todo lo posible por ayudar a su esposa en la obtención de los ingresos económicos. Refiere le gustaría encontrar un trabajo. Se esfuerza por ayudar, incluso es él quien dirige las actividades.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Años atrás le gustaba jugar fútbol y perteneció a un equipo de la comunidad, actualmente no está integrado a ninguno, aunque no con mucho entusiasmo, si participa en las actividades recreativas con la familia y vecinos, en convivios, eventos culturales y religiosos. Su estado físico y de enfermedad lo considera como un impedimento para poder jugar, así como para poder integrarse a cualquier actividad recreativa.

APRENDIZAJE

En su niñez cursó hasta cuarto de primaria, lo que le permitió aprender a leer y escribir, ya en la adultez concluyó su educación primaria mediante el INEA, ya no quiso seguir con su educación secundaria ya que considera que a su edad ya no es fácil aprender.

No le da importancia al aprendizaje del cuidado de su salud, al no mostrar interés alguno, ya que él considera que su médico es el responsable absoluto del cuidado de su salud.

6.3. Conclusión diagnóstica de enfermería

Necesidad		Grado de dependencia		Etiquetas diagnósticas
1	Oxigenación	I		Intolerancia a la actividad
		PD	X	
		D		
2	Nutrición Hidratación	I		1.- Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado a una falta de conocimientos acerca de su enfermedad, niveles de glucemia, medicación, dieta, peso, ejercicio, cuidado de los pies, signos y síntomas de complicaciones. 2.- Deterioro de la dentición
		PD		
		D	X	
3	Eliminación	I		-Estreñimiento subjetivo
		PD	X	
		D		
4	Moverse y mantener una buena postura	I		Riesgo de caída
		PD	X	
		D		
5	Descanso y sueño	I		Insomnio
		PD	X	
		D		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		Déficit de autocuidado: vestido
		PD	X	

		D		
7	Termorregulación	I	X	
		PD		
		D		
8	Higiene y protección de la piel	I		Déficit del autocuidado: baño/higiene
		PD	X	
		D		
9	Evitar peligros	I		Alto riesgo de infección
		PD	X	
		D		
10	Comunicarse	I		Alteración de los procesos familiares
		PD	X	
		D		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	
		PD		
		D		
12	Trabajar y realizarse	I		Desempeño ineficaz del rol
		PD		
		D	X	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		Déficit de actividades recreativas
		PD	X	
		D		
14	Aprendizaje	I		Déficit de conocimientos relacionado con apatía manifestado por desinterés.
		PD	X	
		D		
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

6.4. Plan de cuidados de enfermería

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con fatiga y cantidad de oxígeno inadecuado, manifestado por disnea de esfuerzo.

Objetivo: Tolerar las actividades cotidianas, valorar parámetros de frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial; valorar diariamente y evaluar a la semana.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1. Explicar las actividades y factores que aumentan la demanda de oxígeno	<p>Evitar una jornada extenuante de actividades cotidianas.</p> <p>Evitar o colocarse lo más lejos posible del brasero o fogón.</p> <p>Se sugiere uso de cubre bocas y cambiarlo diariamente.</p>	<p>El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.</p> <p>El contacto con humo producido por la combustión de leña, ocasiona vasoconstricción, por tanto, aumentara el esfuerzo cardiaco y así la demanda de oxígeno.</p>

<p>2. Orientar estrategias para conservar la energía</p>	<p>Sugerir periodos de descanso de acuerdo a su rutina diaria.</p> <p>Reclinarse a 30 grados en decúbito dorsal.</p>	<p>Para evitar el gasto energético excesivo distribuir actividades y dejar tiempo suficiente para recuperarse entre una y otra actividad.</p> <p>Los periodos de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, aumentando la tolerancia de actividad.</p>
<p>3. Aumentar gradualmente las actividades de acuerdo a la tolerancia</p>	<p>Demostrar técnicas de mecánica corporal para evitar gasto energético.</p> <p>Conocer la respuesta a la actividad</p>	<p>Mantener una respiración moderada mediante un ejercicio supervisado mejora la fuerza de los músculos accesorios y de la función respiratoria.</p>
<p>4. Enseñar al Sr. C., técnicas de respiración como: la diafragmática y labios fruncidos.</p>	<p>Demostración de diversas técnicas para favorecer la oxigenación, por ejemplo, inhalar por la nariz de manera profunda hasta llenar los pulmones, retener la inspiración el mayor tiempo posible y posteriormente exhalar por la boca de manera suave y lenta.</p>	<p>La respiración diafragmática impide la respiración superficial, rápida e ineficaz que normalmente acompaña a la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). La respiración con labios fruncidos a lenta la expiración, mantiene durante más tiempo la insuflación alveolar y</p>

		controla de cierto modo la disnea.
5. Proporcionar apoyo emocional	<p>Orientar sobre la sensación de miedo que pueda producir el no poder respirar adecuadamente.</p> <p>Escuchar las necesidades fisiológicas o bien motivar a que las exprese.</p>	El temor a la falta de aire puede impedir aumentar la actividad.
6. Después de las actividades cotidianas, identificar cambios en FC; FR o T/A.	<p>Vigilar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria como: cianosis, disnea, aumento de la frecuencia cardiaca, ruidos respiratorios</p> <p>Vigilar signos neurológicos, nivel de conciencia.</p> <p>Observar coloración de piel y mucosas</p>	Puede valorarse la intolerancia a la actividad evaluando el estado cardiaco, circulatorio y respiratorio.
<p>Evaluación: La SO_2 es de 96%, menciona agotamiento y disnea debido a su la limitación de movilidad constante ya que esto le consume mayor energía. En reposo se encuentra en cifras de T/A 140/90mmHg, F.C. 62 x min, F.R. 20 por min. Retoma sus periodos de descanso para continuar con su rutina. Depende su actividad económica de respirar el humo cuando cocina, sin embargo, ya utiliza cubre bocas o bien toma distancia del fogón. Las técnicas de respiración son esporádicas ya que se niega a realizarlas cotidianamente.</p>		

Necesidad: Nutrición e Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 1: Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado a una falta de conocimientos acerca de su enfermedad, niveles de glucemia, medicación, dieta, peso, ejercicio, cuidado de los pies, así como de signos y síntomas de complicaciones.

Objetivos:

Conocer su enfermedad y el control de la Diabetes en el hogar

Reconocer los factores de ansiedad, o falta de información

Conocer sus actitudes, sentimientos y preocupaciones relacionadas con la diabetes

Disposición y capacidad de aprender

Desarrollar capacidades de destreza, visión y sensibilidad.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1. Informar al Sr. C. y a su familia sobre la etiología y tratamiento de la diabetes: dieta, ejercicio y medicación	Se le orienta sobre el tratamiento de la diabetes: Dieta (el plato del buen comer y la jarra del buen beber). Ejercicio (sin que esto represente un gasto cardiaco excesivo) caminata diaria por 10 minutos diarios. Medicación (apegado a la indicación médica).	La información fomenta el seguimiento y la preparación para los cuidados personales.

<p>2. Explicar las posibles complicaciones de la DM</p>	<p>Que el Sr. C.A.P.M. y su familia conozcan las complicaciones más frecuentes de la diabetes haciendo énfasis en las formas y estrategias de prevención, mediante chequeos regulares (cada año) de los diferentes órganos y sistemas de los cuales se pueden ver afectados como son: el oftálmico, el renal y el neurológico.</p>	<p>Explicar las posibles complicaciones puede recalcar la importancia del seguimiento</p>
<p>3. Enseñar signos y síntomas de la hiperglucemia</p>	<p>Aprenderá a identificar la presencia de poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga, visión borrosa, aliento cetónico, náusea y vómito.</p>	<p>La elevación de los niveles de glucemia provoca una grave deshidratación debido a una diuresis osmótica. La elevación del potasio sérico se debe a una hemoconcentración. Como no se metabolizan los hidratos de carbono, el paciente sigue teniendo hambre y pierde peso a pesar de comer.</p>
<p>4. Enseñar las posibles causas</p>	<p>Durante la consulta de enfermería se le enseñara al Sr. C.A.P.M. que la ingesta</p>	<p>El aumento de la ingesta de alimentos requiere un incremento en la insulina o</p>

<p>de la hiperglucemia</p>	<p>excesiva y descontrolada de alimentos es la principal causa de la hiperglucemia, así como la falta o disminución de la dosis de insulina, la reducción del ejercicio, las infecciones y la mala absorción de la insulina.</p>	<p>un mayor ejercicio, si no, persistirá. La insuficiente cantidad de insulina o su incorrecta absorción provoca hiperglucemia.</p>
<p>5. Informar acerca del fenómeno Somogy (hiperglucemia de rebote)</p>	<p>Se le dará información sobre las Variaciones de la glucemia y los efectos Somogy a fin de evitar y disminuir los episodios metabólicos descompensados.</p>	<p>Producido por una excesiva dosis de insulina para tratar episodios de hiperglucemia, la hiperglucemia de rebote implica la liberación de glucocorticoides y catecolaminas como respuesta hormonal a la hipoglucemia. Esta liberación fomenta la gluconeogénesis y la glucogénesis, que a su vez produce una hiperglucemia de rebote.</p>
<p>6. Conocer el manejo y control de la glucemia</p>	<p>Si desea adquirir un dispositivo para el autocontrol de la glicemia. Enseñar a tomar la muestra,</p>	<p>Todos los dispositivos de autocontrol de la glucosa se requieren de destreza y capacidad visual para su manejo. Los registros</p>

	<p>hacer registro y lectura de cifras.</p> <p>Explicar la necesidad de aumentar los registros en caso de descompensación, retraso de comidas y antes de un ejercicio intenso.</p> <p>Realizar ejercicios cardiovasculares que consistan en caminatas que no le generen disnea y evitar consumir carbohidratos</p> <p>Explicar a la persona que durante los eventos de una hipoglucemia debe el mismo, y su entorno familiar detectar los signos y síntomas para que, en este momento, si es posible, tomar una glucemia capilar y posterior consumir una fruta o en caso de que el nivel de glucosa sea muy bajo un alimento dulce.</p>	<p>diarios ayudan a evaluar los patrones, en relación con la ingesta, la administración de insulina y las actividades cotidianas.</p> <p>La falta de glucosa en sangre evita la alimentación celular y el estado neurológico. La importancia del ejercicio radica en el hecho de que es una de las mejores maneras de poner en movimiento al organismo, gastando las energías que se acumulan debido al consumo de productos grasos y estimulando el funcionamiento adecuado de todos sus órganos y tejidos.</p> <p>El nivel de glucemia elevado en sangre afecta la retina, el sistema nervioso, sistema renal y el cardiovascular por esa razón mantener niveles estables de glucosa es indispensable.</p>
--	---	--

<p>7. Explicar la necesidad de seguir la dieta</p>	<p>Determinar las preferencias de alimentos del paciente para crear una dieta en quintos.</p> <p>Ayudar al Sr. C.A.P.M. a planificar las comidas, proporcionar un plan escrito de comidas.</p> <p>Orientación del plato del buen comer y jarra del buen beber</p> <p>La dieta se adecua al estilo de vida del paciente ya que vive en un área donde se cultivan las hortalizas y cactáceas lo que facilita su obtención y a un bajo costo.</p> <p>Orientar sobre la importancia de la alimentación en quintos, así como de las calorías específicas.</p>	<p>Los alimentos están compuestos de proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales; en los alimentos se encuentra en forma de carbohidrato la glucosa por tal motivo el paciente debe conocer que los carbohidratos y los alimentos ricos en glucosa, los cuales elevan la glucosa en sangre.</p> <p>El plato del buen comer es una estrategia de alimentación que cumple con todas las características necesarias para considerarla una alimentación adecuada.</p> <p>Es importante considerar todos los factores que puede implicar llevar a cabo una dieta adecuada: la economía, la cultura, la ubicación geográfica, etc.</p>
---	--	--

	<p>Se recomendaron los alimentos elaborados a base de sustitutos de azúcar los cuales tendría que adquirir.</p> <p>Valorar el peso sobre la talla midiendo y pesando al paciente periódicamente.</p>	<p>La dieta blanda facilita la masticación y favorece una fácil digestión, evitando así también la sobre ingesta calórica y los problemas de estreñimiento y flatulencia excesiva.</p> <p>Estos sustitutos están regulados por la FDA estos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesulfamo K • Aspartame • Neotamo • Sacarina • Sucralosa <p>Los cuales tienen un efecto químico dentro del organismo diferente a la glucosa.</p> <p>De acuerdo a la valoración del peso/ talla permite conocer el estado de nutrición.</p>
<p>8. Explicar a la persona el objetivo principal de la medicación</p>	<p>Explicar el método en el cual se realizará la ministración y administración de los medicamentos, observar los</p>	<p>La farmacocinética y la farmacodinamia son las que entran en el proceso de la medicación por esa</p>

	<p>efectos terapéuticos de la medicación</p> <p>Demostrar las vías de administración de medicamento y consecutivamente la auto administración (dosis, vía, fecha de caducidad, hora de aplicación).</p> <p>Enseñar zonas de punción para la aplicación de insulina rotando las zonas (brazo, piernas, muslos, abdomen).</p> <p>Enseñar el manejo de la insulina en casa y viajes.</p> <p>Desechar frascos expuestos al sol durante periodos largos.</p> <p>Caducos.</p> <p>No corresponda a la prescripción médica.</p>	<p>razón es indispensable que la medicación se ministre con un horario y este no se traspasado ya que la vida media del fármaco pierde efectividad</p> <p>Las vías de administración de medicamentos hipoglucemiantes son de tipo: oral y subcutánea.</p> <p>Usar repetidamente la zona puede producir atrofia o cicatrices.</p> <p>El vial de insulina que se vaya a utilizar para aplicación puede estar al medio ambiente el resto puede guardarse en la puerta del refrigerador con temperatura de 2 a 8 grados C. No debe congelarse.</p> <p>El uso adecuado de las unidades de insulina</p>
--	---	---

	Demostración del manejo y desecho de la jeringa de insulina	permite control de la hiperglucemia. El desecho de agujas es el manejo de RPBI casero que sería depositar éstas en botellas de plástico debidamente selladas.
9. Enseñar medidas para controlar y minimizar los síntomas de malestar de la hipoglucemia	<p>Orientar sobre los signos y síntomas de la hipoglucemia: hambre intensa, debilidad, sudoración fría, palpitaciones, confusión mental, nerviosismo, diaforesis, palidez, debilidad, parestesia bucal, taquicardia, hipotermia, cefalea, falta de coordinación motora, confusión mental, letargia aguda temblores y pérdida de la consciencia y convulsiones.</p> <p>Explicar cómo reducir episodios de hipoglucemia por el ejercicio.</p> <p>Seguir plan de comidas estricto.</p>	La rápida detección de la hipoglucemia permite una rápida intervención para impedir complicaciones.

	<p>Llevar consigo una ración de fruta, semillas o un pequeño jugo.</p> <p>Llevar una cinta de identificación donde diga que es diabético.</p>	
10. Cuidado de los pies	<p>Enseñar la importancia de los cuidados y examen diario en los pies:</p> <p>Valorar presencia de lesiones mínimas, color, temperatura.</p> <p>Mantener niveles de glucosa</p> <p>Cortar correctamente las uñas</p> <p>Evitar exponer los pies a temperaturas extremas de calor o frío.</p> <p>Usar calcetines de fibra natural y zapatos que no le queden justos.</p> <p>Canalizar con el especialista en caso de presenciar lesiones.</p> <p>Abstenerse de fumar</p>	<p>Las lesiones en los pies son resultado de neuropatías periféricas, infecciones. Los pies pueden haber perdido sensibilidad o con isquemia y son los primeros en sufrir lesiones.</p> <p>La reducción de la circulación vascular impide la cicatrización, pudiendo conducir a la amputación.</p> <p>El examen diario permite detección oportuna.</p> <p>Los calcetines y calzado correctos absorben el sudor ayudando a evitar los callos y ampollas.</p> <p>La nicotina del tabaco produce vasoconstricción y reduce el reflujo sanguíneo a los pies.</p>

<p>11. Evitar complicaciones</p>	<p>Enseñar a la persona y su familia a notificar lo siguiente:</p> <p>Fluctuaciones inexplicables de la glucosa</p> <p>Episodios de cetoacidosis</p> <p>Lesiones (quemadura, rasguño) que no permita la cicatrización</p> <p>Cambios visuales</p> <p>Vómitos o diarreas con duración de más de 8 horas.</p> <p>Signos de infección (temperatura)</p> <p>Sugerir asistir a grupos o redes de apoyo que permitan controlar su enfermedad</p>	<p>Las fluctuaciones graves de glucemia o episodios de cetoacidosis pueden ser peligrosos y precisan una estrecha vigilancia.</p> <p>Los cambios visuales pueden ser indicativos de la existencia de una hemorragia vascular de la retina.</p> <p>La infección puede hacer que sea necesario un ajuste en la medicación.</p> <p>La persona que se siente respaldado es capaz de afrontar mejor las tensiones de la vida, por lo cual requiere desarrollar un sistema de apoyo eficaz.</p>
---	--	---

<p>12.- Modificación de la conducta.</p>	<p>Por medio de las técnicas de comunicación efectiva, se invitó al Sr. C.A.P.M. a que autoevaluara su propia conducta, y que reconociera lo que estaba haciendo por su salud ¿Si era lo correcto o lo necesario para poder estar bien?</p> <p>Utilizando la misma estrategia de comunicación se administraron refuerzos positivos, que permitieron reconocer los resultados que se obtendrían si el paciente se concientiza de la importancia de un buen apego a su régimen terapéutico.</p>	<p>Para lograr un cambio en las conductas y hábitos de vida de las personas es necesario identificar los puntos clave que hacen que estas acciones se den de esta forma, por lo que se deberá utilizar ciertos valores como la empatía y el respeto para lograr crear conciencia y así un cambio a bien del paciente.</p>
<p>13.- Establecimiento de objetivos comunes</p>	<p>Animar al Sr. C.A.P.M. a establecer los objetivos de manera clara, reconociendo que los usos de alternativas deben ser considerados como coadyuvantes del tratamiento mas no como sustitos de éste.</p>	<p>La educación, el apoyo y con una autoestima adecuado se podrá con seguridad lograr cambios en la conducta del auto-cuidado y en todos los sentidos.</p> <p>Las enfermedades crónicas cursan con una historia natural, por lo que</p>

	<p>Se animó al Sr. C.A.P.M. a reconocer sus propias virtudes y habilidades.</p> <p>Se aprendió a aceptar los logros parciales satisfactoriamente.</p>	<p>es necesario intervenir eliminando los factores que contribuyen a mayores complicaciones y a la muerte.</p>
14.- Acuerdos con el paciente	<p>Se ayudó al Sr. C.A.P.M. A identificar las metas, evitando centrarse en el diagnóstico o proceso de la enfermedad únicamente.</p> <p>Se recomendó que el paciente escriba sus propios objetivos.</p>	<p>Cuando la persona reconoce la importancia que implica se involucre en su cuidado, ya que esto permitirá que con mayor facilidad se alcancen las metas.</p>
15.- Facilitar la auto-responsabilidad	<p>Se ayudó a examinar los valores y creencias personales, así como la satisfacción con ellos.</p>	<p>Es indispensable respetar la integridad social del ser humano más sin embargo el trabajador de la salud tiene la obligación de hacer saber a la persona las cosas fundamentadas en la ciencia, sin necesidad de dañar o denigrar los ideales.</p>
16.- Potenciación de la conciencia de sí mismo	<p>Se animó Sr. C.A.P.M. a que asumiera tanta responsabilidad de sus</p>	<p>La persona es un ser holístico, que está compuesto de una parte física, mental y espiritual,</p>

	<p>propios cuidados como sea posible.</p> <p>Que Sr. C.A.P.M. exprese sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>El Sr. C.A.P.M. reconoce y acepta la necesidad de una dependencia parcial.</p> <p>Se logró cambiar la visión de sí mismo como víctima, mediante el reconocimiento de sus propios derechos y obligaciones.</p> <p>Se invitó a identificar las fuentes de motivación.</p>	<p>por lo que se deberán tomar en cuenta todas estas partes para poder lograr un verdadero apoyo hacia él.</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Al inicio de la valoración la persona mantenía niveles de glucosa inestables (hiperglucemias/hipoglucemias), posterior a la educación se observó que sus niveles continúan descontrolados. Sin embargo, el Sr. C.A.P.M. ha mantenido un régimen alimenticio más acorde a las necesidades, cabe señalar que realmente no se alimentaba de acuerdo con las necesidades metabólicas requeridas por falta de conocimiento. Se orientó respecto a la dieta en quintos, se combinó con su estilo de vida, de esta manera el peso corporal se comenzó a adecuar al ideal. El Sr. C.A.P.M. ya es capaz de identificar los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. Es así como se logró crear conciencia de la importancia de lograr un apego efectivo al tratamiento, obteniendo cifras de glicemia (186mg/dl) postprandial, así como un mayor deseo e interés por un bienestar personal y familiar.</p>		

Diagnóstico de Enfermería 2: Deterioro de la dentición relacionado con malos hábitos higiénico-dietéticos, manifestado por caries, falta de piezas dentarias y halitosis.

Objetivo: mejorar la alimentación, así como hábitos higiénico-dietéticos y digestión que conllevara a la preservación de higiene bucal y mantenimiento de piezas dentarias

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
<p>1.- Mostrar la técnica de cepillado dental.</p>	<p>Se llevó a cabo una demostración al paciente y al entorno familiar sobre la técnica de cepillado dental, así como del uso correcto del hilo dental.</p> <p>Se informó que el cepillado correcto debe durar al menos dos minutos (120 segundos).</p> <p>Cumpliendo estrictamente los siguientes pasos.</p> <p>1) Colocar el cepillo en los dientes incisivos en un ángulo de 45°</p>	<p>Efectuar un cepillado dental utilizando la técnica normada tendrá como resultado una eliminación más efectiva de los restos de comida, así como de la placa dentó-bacteriana, obteniendo así una mejor higiene bucal.</p> <p>Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y la inflamación de las encías, lo que a su vez es la principal causa de la pérdida de los dientes.</p>

	<p>2) Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo.</p> <p>3) Los dientes de abajo hacia arriba</p> <p>4) Cepillar la parte interna de adentro hacia afuera.</p> <p>5) Cepillar las muelas de manera circular</p> <p>6) Cepillar la lengua en forma de barrido (de adentro hacia afuera).</p> <p>El Uso del hilo dental deberá ser todos los días, normalmente a la hora de irse a la cama.</p>	
2.- Establecer una rutina de cuidados bucales	Efectuar el lavado bucal 3 veces al día, (una vez después de cada comida).	Corroborar el correcto aprendizaje por medio de la devolución del conocimiento garantiza la efectividad de la promoción de la salud.
3.- Evitar el consumo de alimentos muy azucarados como los refrescos, dulces y algunas frutas.	Reconocer los signos y síntomas de los problemas bucales.	Al tomar cualquier alimento o bebida el pH de nuestra boca fluctúa. Los alimentos ácidos incrementan la acidez de la boca hasta niveles peligrosos.

		Las frutas cítricas, los refrescos carbonatados o los alimentos azucarados son algunos de ellos.
4.- Seleccionar adecuadamente el cepillo dental.	El Sr. C.A.P.M. Deberá saber que es necesario usar un cepillo de dientes con cerdas suaves para adultos.	<p>Los cepillos de textura mediana son ideales para remover la placa y los restos de alimentos. Deberán ser con cabeza pequeña para llegar a todas las áreas de la boca, incluyendo los molares posteriores de acceso dificultoso.</p> <p>El mango del cepillo debe ser (anti-deslizante o de cuello flexible), la forma de la cabeza (cónica o rectangular).</p> <p>El reemplazo del cepillo debe realizarse cuando sus cerdas se desgasten o bien cada tres meses.</p> <p>Es importante cambiar el cepillo dental después de un resfriado puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección.</p>
5.- Observar signos de estomatitis y gingivitis.	El Sr. C.A.P.M. aprenderá a identificar datos anormales en la	Identificar a tiempo signos de alguna enfermedad permitirá evitar se presente o en su

	boca que sugieran la presencia de algún padecimiento: mal aliento, sangrado al cepillado dental, enrojecimiento, inflamación, abscesos, etc.	defecto su oportuno tratamiento.
6.- Consumir alimentos blandos	Explicar los beneficios de consumir una dieta blanda. El Sr. C.A.P.M. deberá tener plenamente identificados los alimentos que, si puede incluir en su dieta, los cuales no deben dañar la mucosa bucal, las encías ni las piezas dentarias.	Los alimentos blandos son más fáciles de masticar y de digerir y representan menor riesgo de laceración en la boca.
7.- Canalización con el dentista	Orientar al Sr. C.A.P.M. para que tenga la atención especializada en la salud dental.	La visita al dentista deberá ser regular, mínimo cada seis meses. Lo que permitirá la prevención de más daño en la dentición y el tratamiento del ya ocurrido.
Evaluación: la persona demostró una correcta ejecución de la técnica de cepillado dental, mejoró su alimentación evitando alimentos duros. Ha podido reemplazar algunas piezas dentarias y sigue en tratamiento odontológico.		

Necesidad: eliminación

Diagnóstico de Enfermería 1: Estreñimiento subjetivo relacionados con una dieta inadecuada, manifestado por disminución del peristaltismo intestinal y heces duras.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: expectativa de una eliminación diaria a la misma hora.

Objetivo: mantener la función gastrointestinal diaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Vigilar la aparición de signos de estreñimiento (incluyendo frecuencia, consistencia forma, volumen y color).	Mediante el interrogatorio vigilar características de las heces fecales.	La evacuación es un proceso de limpieza del organismo y es un proceso fundamental para regular funciones del organismo.
2.-Comprobar movimientos intestinales	Vigilar mediante la auscultación la peristalsis para confirmar que el intestino está trabajando de manera adecuada.	Capacidad del intestino de desarrollar ciertos movimientos involuntarios que posibilitan el avance del bolo alimenticio en situaciones normales.
3- Apoyo en la alimentación	Adecuar una dieta especialmente diseñada con alto contenido de fibra, frutas y verduras y	Los alimentos ricos en fibra generan una mejor eliminación intestinal y el agua ayuda a evitar la compactación de la materia fecal.

	muy baja en harinas procesadas y tomar aproximadamente de 8 a 10 vasos de agua.	
4.- orientar sobre el uso de laxantes	Administrar y administrar senosidos vía oral	Los medicamentos laxantes están formulados para generar una evacuación adecuada.
5.- Ejercicio regularmente	Adecuar una rutina de ejercicios cardiovasculares que consistan principalmente de caminar a diario y evitar reposar posterior a cada alimento ingerido.	La actividad física genera un gasto metabólico y el aumento del peristaltismo lo cual genera que el cuerpo metabolice los alimentos ingeridos.
Evaluación: al inicio de la dieta el Sr. C.A.P.M. comento que su frecuencia para evacuar es cada tercer día, refiere sentir distensión abdominal, meteorismo y dolor tipo cólico; posterior a 4 días de iniciar con la alimentación modificada, refiere evacuar después de ir a desayunar, presenta meteorismo ocasional. Realiza ejercicio cada tercer día y aumento el consumo de agua.		

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de Enfermería 1: Riesgo de caída relacionado con deterioro musculo-esquelético, deterioro neurológico y Disconfort.

Objetivo: favorecer mejor movilidad musculo-esquelética con el uso de dispositivos de apoyo, y evitar lesiones, evaluar por semana.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Enseñar a la persona a realizar ejercicios de amplitud de movimientos (AM) con los miembros no afectados por lo menos cuatro veces al día.	Evaluar grado de movilidad pidiéndole al Sr. C.A.P.M. realice movimientos con miembros inferiores y superiores. Enseñar ejercicios de abducción, flexión y extensión de miembros inferiores Establecer programa de movilización progresiva.	Los ejercicios de AM activos aumentan la masa, tono y fuerza muscular y mejora la función cardiaca y respiratoria
2.- Adoptar medidas de seguridad	Adecuar el entorno: Eliminar objetos de entradas principales Asegura el teléfono en un área en la cual se alcance	La persona con problemas de movilidad necesita que se le instalen estos dispositivos de seguridad y que se eliminen los peligros para ayudarlo en las actividades cotidianas.

	<p>Asegurar una iluminación nocturna adecuada</p> <p>Instalar pasamanos en ducha, baños, escaleras y desnivel</p> <p>Utilizar anti de rapantes</p> <p>Evitar encerar pisos</p> <p>Darles una rutina a los pies</p> <p>Masaje en pies para mejorar circulación.</p> <p>Evitar exposiciones a distintas temperaturas por tiempos prolongados</p> <p>Zapato cómodo y flexible transpirable</p> <p>Suelas firmes antiderrapantes</p> <p>No utilizar nada que produzca ligaduras</p>	
3.- Apoyo en los objetos necesario	<p>Proporcionar un bastón ya que es necesario para el apoyo del usuario</p> <p>Explicar al paciente que la Recuperación</p>	<p>La educación es el apoyo de la mejora en el estado de salud.</p>

	<p>funcional:</p> <p>Readaptación psicológico, biológico y social</p> <p>Resocialización para mantener activo en el ámbito social</p> <p>Reincorporación familiar es el objetivo de la mejora de salud.</p>	
4.- Identificar apoyo mecánico	<p>Aparte del bastón que ya utiliza la persona apoyar con barandales en su casa, y posiblemente el uso de una andadera.</p>	<p>El uso de apoyo mecánico genera una mayor fuerza muscular y una mejor posición en la marcha, evitan caídas y deterioro articular.</p>
5.- Educar a los familiares sobre los factores de riesgo ante las caídas y como disminuir dichos riesgos	<p>Explicar a los familiares el riesgo de caídas que presenta el paciente para que en casa puedan cambiar el medio ambiente eliminando de esta manera artículos que puedan representar riesgo para la persona</p>	<p>La educación es el principal proceso de prevención de todas las acciones del ser humano ya sea de manera positiva o negativa</p>

<p>6.- Establecer una rutina de ejercicios evitar disipaciones innecesarias del medio ambiente</p>	<p>Enseñar ejercicios cardiovasculares para mejorar la perfusión vascular ayudando a la resistencia muscular y</p>	<p>El ejerció genera fuerza y mejor perfusión vascular y de esta manera ayuda a generar más elasticidad y movilidad</p>
---	--	---

Evaluación:

El modificar las zonas inseguras del hogar y explicar la necesidad del apoyo mecánico, generó una mayor seguridad en la persona disminuyendo la marcha atáxica y la mala postura. Se observa utilizando adecuadamente el bastón. Realiza ejercicios de rehabilitación para fortalecer el aparato musculoesquelético sin embargo su condición de salud-enfermedad ha debilitado su funcionamiento. Se observan también que el Sr. CAMP y su familia pudieron identificar los posibles causantes de caída, por lo que han tomado medidas de seguridad.

Necesidad: descanso y sueño

Diagnóstico de Enfermería 1: Insomnio, relacionado con beber café, manifestado por bostezos y ojeras.

Objetivo: disminuir el consumo de café y evitar su consumo por las noches.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Comentar el patrón y las necesidades de sueño	Informar que el patrón del sueño varía de acuerdo a la edad, a la actividad física, entre otros factores. Informar que no es tan relevante el número de horas de sueño lo importante es el descanso que se logre después de dormir.	La cantidad de sueño que necesita una persona es de acuerdo a la edad, el estilo de vida y la salud las personas mayores generalmente necesitan dormir un poco menos que los jóvenes.
2.- Llevar una rutina a la hora de acostarse	Por ejemplo; un baño con agua tibia a caliente, tomar una bebida templada y llevar a cabo una lectura o realizar alguna manualidad relajante.	Un ritual a la hora de acostarse ayuda a fomentar la relajación y prepara para el sueño.

3.- Fomentar el equilibrio entre actividad y reposo.	Evitar los periodos largos de descanso durante el día realizando alguna actividad física que genere un ligero gasto energético.	El ejercicio físico regular favorece el umbral del sueño.
4.- Permitir un sueño ininterrumpido para permitir completar el ciclo de sueño.	Evitar que factores externos como; ruidos, frio o calor, colchón en mal estado, mascotas, etc. Corten el ciclo del sueño cuando este se ha logrado.	Un ciclo de sueño tiene de 70 a 100 minutos. La mayor parte de las personas tienen que completar de 4 a 5 ciclos cada noche para sentirse descansados.
5.- Favorecer la práctica de hábitos de sueño	Evitar siestas durante el día Respetar horarios (evitar acostarse temprano y muy tarde).	El ser humano produce una síntesis constante de melatonina sustancia que funciona como hipno-inductor, que a partir de los 30 de edad disminuye su producción.
6.- Cuidados en la alimentación	Evitar el consumo de alimentos que puedan generar insomnio como son el: café, refresco, chocolate, alcohol, etc. Evitar cenar mucho y muy tarde.	La cafeína es considerada un estimulante, por lo cual tendrá el efecto de eliminar el sueño. (La cafeína bloquea la unión de la adenosina con sus receptores cerebrales).

Evaluación: la persona manifiesta que han disminuido ligeramente los periodos de insomnio, así mismo refiere que no le gusta la lectura por lo que no podrá leer antes de acostarse, además seguirá tomando el café especial que le recomendaron ya que es para el control de la hipertensión.

Necesidad: Usar prendas de vestir adecuadas

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de auto-cuidado: vestido/higiene relacionado con deterioro musculo-esquelético y neuromuscular manifestado por dificultad para abrochar su ropa, ponerse o quitarse las prendas de vestir y de calzar o bien para bañarse.

Objetivo:

Favorecer la seguridad e higiene personal diariamente

Mantener la imagen corporal de limpieza

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Observar la capacidad para vestirse	Apoyar al paciente en el momento de vestir algunas prendas	El desarrollo psicomotriz después de un ACV es complejo por lo que la educación, así como la práctica constante de vestirse permite realizar esta actividad de manera independiente.
2.- Apoyo en la elección de las prendas	Dar las prendas a utilizar	El apoyo familiar mejora el vínculo afectivo y aumenta el apoyo al desarrollo.
3.- Apoyo en el momento de vestir	Se recomienda a los familiares brinden apoyo al paciente en el momento	El pudor es arte de la fisiología del ser humano y el vestido es

	de la flexión cuando se viste y se calza	parte fundamental en su entorno.
4.- Apoyo en la elección de calzado cómodo que fomente la mejor marcha	Sobre el calzado a utilizar y se da a conocer de las características que deben cumplir para que sean cómodos y seguros.	El vínculo se ve reforzado con la cooperación e integración en el régimen de tratamiento El calzado especial para diabéticos permite evitar lesiones de la piel, también sirve de protección de la piel en específico los pies.
5.- Personalizar la limpieza	Realizar el baño a diario en un entorno limpio seguro e individual	La higiene es la principal manera de eliminar agentes patógenos y forma parte de la eliminación celular es como una exfoliación.
6.-Orientar a los familiares sobre utilizar un acercamiento flexible permitiendo la elección y control del baño.	Se le permitirá al usuario seleccionar que tipo de baño prefiere, la hora y la elección de los productos de higiene que desee utilizar como el tipo de champo, estropajo, jabón, etc.	La temperatura en el metabolismo basal depende mucho de cada ser humano por esa razón la elección de la hora en la higiene es importante.
7.- Asegurar la intimidad	Realizar el baño en un espacio adecuado de preferencia el baño estando cerrado y solo para el usuario	El pudor es el arte de la fisiología del ser humano y el vestido es parte fundamental en su entorno.

8.- Dar motivos para realizar el baño	El Sr. C.A.P.M. deberá saber que el asearse todos los días favorecerá su condición general de salud y su estado de ánimo.	Conocer los beneficios motiva al usuario para realizar las actividades.
9.- Utilizar material de baño cómodo	Utilizar material adecuado proporcionar una silla firme y cómoda para el momento del baño.	La ayuda de material mecánico dará confianza y seguridad a la persona, lo q estimulará a realizar el baño con más frecuencia.
Evaluación: Se observa mayor interés por el aseo diario y una higiene adecuada. Así mismo los familiares refieren que la ayuda que brindan para vestirse ahora a disminuido puesto que la persona cada vez es menos dependiente.		

Necesidad: de evitar peligros

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección relacionado con estilos de vida cotidianos.

Objetivo: control del riesgo.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Cuidado de las heridas.	<p>-En caso de presentar cualquier lesión o herida en piel o mucosas, realizar correctamente limpieza con algún agente antiséptico tópico. (Jabón, yodo, o benzal).</p> <p>Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.</p> <p>Identificar las características de la herida y si presenta algún drenaje purulento.</p> <p>Sacar el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea el caso.</p> <p>Mojar en solución salina.</p> <p>Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación.</p> <p>Aplicar un ungüento adecuado a la piel / lesión si</p>	<p>Los cuidados generales de las heridas, así como la estimulación para que ocurra una pronta curación de las mismas, pueden evitar complicaciones mayores mismas que podrían poner en riesgo la estabilidad económica de la familia y la vida de la persona.</p>

	<p>es necesario.</p> <p>Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.</p> <p>Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.</p> <p>Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</p> <p>Enseñar al paciente o miembro de la familia realizar la curación de la herida.</p>	
<p>2.- Manejo de la inmunización / vacunación</p>	<p>Informar a la persona y familia de las vacunas correspondientes y disponibles para su edad y temporada.</p> <p>Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las vacunas administradas.</p> <p>Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.</p> <p>Conocer las</p>	<p>El buen control del estado de inmunización de las personas, garantiza el control de las enfermedades prevenibles por vacunación como son la tuberculosis, tosferina, tétanos, influenza, poliomielitis, Hepatitis B, neumococo, etc.</p> <p>Por lo tanto, el personal de enfermería encontrándose en el nivel de salud que sea, tiene la obligación de ofertar y animar a la persona que</p>

	<p>contraindicaciones de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).</p> <p>Procurar el consentimiento informado para administrar las vacunas.</p> <p>Informar al paciente de las posibles reacciones secundarias que pueden presentarse después de la administración de vacunas y de las medidas de alivio que le pueden ser útiles.</p> <p>Programar las inmunizaciones a intervalos establecidos de acuerdo con la NOM-036. Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales) y proporcionar las inmunizaciones, si procede.</p>	<p>cumpla con este cuidado de su salud.</p>
--	---	---

	<p>Informar a la persona dónde se pueden obtener las inmunizaciones.</p> <p>Identificar y eliminar barreras a la inmunización (largas esperas, horas limitadas, transporte, aspectos económicos, etc.).</p> <p>Contar con un registro para seguir el estado de inmunización.</p>	
3.- Control de infecciones	<p>Limpiar el ambiente adecuadamente.</p> <p>Instruir a la persona acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</p> <p>Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.</p> <p>La familia debe lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de la persona.</p> <p>Poner en práctica precauciones universales.</p> <p>Usar guantes estériles, si procede.</p> <p>Fomentar una respiración y tos profunda, si procede.</p> <p>Fomentar una ingesta</p>	<p>Las medidas de higiene serán la principal forma de mantener la salud, minimizando el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>El lavado de manos por sí solo, es ya una gran barrera que impedirá la transmisión de las infecciones que se transmiten de persona a persona como, por ejemplo; la influenza AH1N.</p>

	<p>nutricional adecuada. Fomentar la ingesta de líquido. Instruir al paciente y familiar acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos al cuidador.</p> <p>Fomentar una preservación y preparación segura de alimentos.</p>	
4.- Protección contra las infecciones	<p>Identificar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Mantener las normas de higiene en casa. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si</p>	<p>Las acciones de prevención y detección oportuna de las infecciones en una persona de riesgo son esenciales en el cuidado, ya que regularmente estas personas tienen un sistema de defensas disminuido por la misma condición de la enfermedad, por lo tanto, se debe poner un mayor énfasis en su protección.</p>

	<p>procede.</p> <p>Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</p> <p>Proporcionar una habitación privada, si es necesario.</p> <p>Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloración, o ebullición.</p>	
<p>Evaluación:</p> <p>El Sr. C.A.P.M. cuenta con su cartilla nacional de vacunación y un esquema de vacunación completo de acuerdo con su edad, se le aplica cada año un refuerzo contra la influenza trivalente, aprendió la técnica de lavado de manos y los momentos en que deberá realizarlo, identifica los signos y síntomas de una posible infección y sabe que deberá tener especial cuidado con sus miembros inferiores.</p>		

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de los procesos familiares relacionado por actitud del Sr. C.A.P.M. y por ausencia de comunicación

Objetivo: evitar una disfunción familiar

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Transmitir una comprensión de la situación y su impacto en la familia.	Cada integrante de la familia tendrá pleno conocimiento de la enfermedad, conocerán su grado de complejidad, y sus efectos físicos, y emocionales que le causan a la persona.	Comunicar una comprensión y una sensación de cariño y preocupación facilitara la confianza, reforzando la relación entre la persona y su familia.
2.- Analizar como perciben los familiares la situación.	Fomentar la exteriorización de los sentimientos de culpa y cólera.	La exteriorización puede proporcionar oportunidades de aclaración y rectificación de los sentimientos y preocupaciones, contribuyendo a la unidad familiar.
3.- Determinar si los mecanismos actuales son eficaces.	Analizar qué estrategias si han funcionado. Replantear las que sean necesario Reforzar y reconocer las que estén funcionando correctamente	La enfermedad de un familiar puede provocar grandes cambios, haciendo que la familia corra un gran riesgo de mala adaptación.

<p>4.- Tomar medidas para fomentar las fuerzas familiares</p>	<p>Reconocer la ayuda de los demás Implicar a los familiares en los cuidados de la persona Fomentar que este un tiempo alejado de las personas que lo cuidan para evitar el hastío. Fomentar el buen humor</p>	<p>Esto puede ayudar a mantener la estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo.</p>
<p>5.- Ayudar a renegociar los distintos roles en la casa, establecer nuevas prioridades y redistribuir las responsabilidades.</p>	<p>El cariño y el respeto hacia cada integrante no debe modificarse al darse un cambio de rol. Eliminar el temor que pueda existir en el Sr. C.A.P.M. de que el hecho de no poder ser él quien aporte los ingresos económicos en la casa perderá su rol de padre o esposo.</p>	<p>Planificar y jerarquizar puede ayudar a mantener la integridad familiar y a reducir el estrés.</p>
<p>6.- Animar a la familia a que continúen sus relaciones sociales: de amigos, familiares, feligreses, etc.</p>	<p>Informarles de algunos grupos de auto ayuda al que puedan integrarse.</p>	<p>El apoyo externo puedo ayudar a reducir la idea de que la familia tiene que pasar por esto solos.</p>
<p>Evaluación: Por parte de la familia han dispuesto ser siempre el soporte del Sr. C.A.P.M. y han aceptado cabalmente que este cambio de roles no les afecta en su unión familiar. El Sr. reconoce el cariño y la solidaridad de su familia sin embargo manifiesta que no puede evitar que ocasionalmente sienta nostalgia por no poder aportar más a la casa.</p>		

Necesidad: Trabajar y realizarse

Diagnóstico de Enfermería: Desempeño ineficaz del rol relacionado con deterioro funcional, enfermedad física y reducción del control sobre el entorno manifestado por ansiedad y cambio en los patrones usuales de responsabilidad.

Objetivo: mejorar el entorno emocional

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Aumentar el afrontamiento	Se alentó al Sr. C.A.P.M. a encontrar una descripción realista del cambio de papel, ya que, según las costumbres y la cultura de nuestro medio, el padre o esposo es quien lleva el control de la familia en los aspectos económicos y de autoridad.	La igualdad y la equidad de género tiene como propósito evitar la discriminación y el menosprecio de cualquier género, sin embargo, nuestra sociedad nos ha inculcado que el hombre es el responsable de la familia y cuando no lo puede hacer, este puede ser señalado o criticado, por lo que es preciso saber afrontar dicha situación para evitar el daño psicológico y de estima que esto puede ocasionar.
2.- Afrontamiento de problemas	Involucrar a la familia para el logro del cambio en desarrollo.	El apoyo familiar siempre será fundamental sobre todo en este proceso ya que manifestaran su comprensión, y ratificaran su amor, su confianza y su respeto

		hacia el como padre y como esposo.
3.- Apoyo emocional	Se incitó al paciente a que expresara sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	Hablar de los sentimientos permite que la persona sienta un desahogo, así como una liberación, por lo que se debe tener la capacidad de saber escuchar con empatía y respeto.
4.- Potenciación de roles	Involucrando a la familia se reconocen las nuevas conductas a seguir para a lograr un nuevo rol que logre la estabilidad y la armonía familiar.	El rol a que se adapte cada familia debe cumplir con ciertos valores para que sea funcional, como lo es el respeto, el amor, la confianza y la empatía. Sin importar el género.
5.- Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza	Desarrollar una relación terapéutica con una actitud profesional, transmitiendo respeto y reconociendo las necesidades emocionales.	El saber cuál es el problema podría generar un resultado favorable
7.- Animar a la persona a que exprese sus emociones, sentimientos y creencias	-Comunicación con el paciente (ofertar disponibilidad). -Responder preguntas y dudas.	Expresar los sentimientos ayuda a alivia los problemas sentimentales y espirituales.

	<p>-Hacerle saber que sus sentimientos y creencias son estrictamente respetadas y que está en todo su derecho de defenderlas.</p>	
--	---	--

Evaluación: el Sr. C.A.P.M. ha podido comprender que una familia puede ser funcional sin importar que se alteren los roles que la sociedad ha impuesto a las familias, que lo importante será mantener los valores que permitan la unidad y el fortalecimiento de los lazos familiares. Realiza sus actividades con mejor actitud y se siente satisfecho porque a pesar de su discapacidad puede ayudar en algo a la familia.

Necesidad: Jugar, participar en actividades recreativas

Diagnóstico de Enfermería: déficit de actividades recreativas relacionado con la naturaleza de la enfermedad (hemiplejia) manifestado por aburrimiento y aislamiento.

Objetivo: implicación social y la participación en las actividades de ocio.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Terapia de actividad	Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficits. Ayudarle a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria. Explicar el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. Disponer una actividad motora que alivie la tensión muscular. Fomentar el compromiso	La prescripción de terapia de actividades: físicas, cognitivas, sociales y espirituales, ayudan en la producción de endorfinas (hormona ligada a la sensación de bienestar). Mejora los reflejos, la coordinación y el tono muscular.

	<p>en actividades recreativas y de diversión que disminuyan la ansiedad: cantar en grupos, tareas concretas y rutinarias, juegos simples, quehaceres domésticos, arreglo personal. Disponer un refuerzo positivo en la participación de actividades.</p>	
<p>2.- Facilitar la auto-responsabilidad</p>	<p>Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. Discutir las consecuencias de no</p>	<p>Si la persona asume una mayor responsabilidad de su propia conducta, podrá manifestar un sentimiento de aportación o de utilidad en la familia y se lograrán mejores beneficios en su condición de salud física, emocional y espiritual.</p>

	<p>asumir las responsabilidades propias.</p> <p>Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.</p>	
3.- Terapia de juegos	<p>Animar a la familia y al usuario a que realicen dinámicas grupales, así como juegos de mesa, por ejemplo: domino, ajedrez, serpientes y escaleras, etc.</p> <p>Establecer límite a la sesión de juegos terapéuticos.</p> <p>Comunicar los objetivos de la sesión de juegos.</p> <p>Animar a la persona que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.</p>	<p>La utilización de la terapia de juego ayuda en la integración y convivencia grupal, así mismo puede generar la confianza en la persona para comunicar y expresar sus sentimientos.</p>
4.- Potenciación de la socialización	<p>Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p>	<p>La socialización nos ayuda a adquirir autoconsciencia, a desarrollar una autonomía y a desempeñar buenos roles sociales, lo que dará como resultado una estabilidad emocional.</p>

	<p>Fomentar compartir problemas comunes con los demás.</p> <p>Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.</p> <p>Fomentar el respeto de los derechos de los demás.</p> <p>Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar, a observar los paisajes naturales, a disfrutar de una puesta de sol, etc.</p>	
<p>Evaluación:</p> <p>La persona demostró desde un principio un gran interés por las actividades propuestas, por lo que implementaron de inmediato actitudes de integración, como: la terapia de juego y la terapia de actividad, reconoce toda la familia que estas actividades han ayudado en su integración familiar y social y ha calmado el sentido de aburrimiento, que el usuario manifestaba frecuentemente.</p>		

Necesidad: Aprendizaje

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con apatía manifestado por desinterés.

Relacionado con: falta de interés en el aprendizaje.

Manifestado por: conformismo, indiferencia

Objetivo: lograr motivarlo en su autocuidado en general.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
1.- Facilitar el aprendizaje	Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida / rutina del paciente. Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente. Corregir las malas interpretaciones de la información.	Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información para que el usuario adquiera un rol de responsabilidad para el cuidado de su salud y la de su familia.
2.- Enseñanza: proceso de enfermedad	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología.	Comprender cualquier información en las personas significa; formar parte del concepto, es decir: es la adquisición de conocimientos, ideas, experiencias, habilidades o hábitos.

	<p>Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</p> <p>Describir el proceso de la enfermedad.</p> <p>Identificar las etiologías posibles.</p> <p>Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.</p> <p>Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del usuario.</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</p> <p>Describir el fundamento de las recomendaciones de control/ terapia / tratamiento.</p> <p>Describir las posibles complicaciones crónicas.</p>	<p>Por lo tanto, en el usuario el nivel de conocimiento que tenga en cuanto al proceso de la enfermedad marcará la diferencia entre aceptar y acatar el régimen terapéutico indicado o no.</p>
--	--	--

Evaluación:

Durante esta intervención el Sr. C.A.P.M. se mostró con muy poco interés ya que considera que, por eso, los servidores de la salud tienen ese amplio conocimiento de la enfermedad y de su control y tratamiento, por lo tanto, ellos son los únicos responsables del cuidado de los enfermos. Se le dio a conocer que esta percepción que tiene es una de las principales causas del mal manejo de su padecimiento ya que es imposible que el personal de salud este pendiente de todas las acciones cotidianas de las personas por lo que es imprescindible que las personas se involucren en el control de sus padecimientos. Finalmente, acepto recibir la información y se mostró participativo expresando varias dudas de los temas impartidos.

VII. CONCLUSIONES

Desde su implementación, el Proceso de Enfermería ha significado la base científica del profesional de enfermería al convertirse en una herramienta indispensable para el quehacer cotidiano de la enfermera, por ser un método sistemático que permite brindar cuidados profesionales e integrando un modelo de enfermería como en este caso el de V. Henderson permite visualizar a las personas como un todo, considerando su entorno, salud y su familia.

Es así como se llevó a cabo este P.A.E. en el Sr. C.A.P.M. el cual por medio de las diversas intervenciones de enfermería se logró concientizar, educar, ayudar, e implementar hábitos de vida saludables, mismos que permitieron lograr de forma paulatina en un 80 % los objetivos planteados de este proceso. Ya que la persona ha logrado comprender la importancia del cuidado preventivo en su alimentación higiene bucal y en general el apego al tratamiento y limitar el riesgo de complicaciones.

Fue así que a través de las diversas intervenciones independientes de enfermería se pudo lograr lo siguiente:

Evitar el contacto continuo del humo de leña lo que mejoro la calidad en la oxigenación.

Tras brindar información amplia y clara respecto a su padecimiento se pudo observar niveles de glucosa dentro de parámetros normales.

La familia comprendió los beneficios para la salud de la estrategia del plato del buen comer y la jarra del buen beber por lo que la implemento en su la alimentación diaria.

Los integrantes de esta familia aprendieron a identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia y de la hiperglucemia, así como las acciones a realizar en caso de que esto suceda.

Tras mejorar la alimentación introduciendo mayor cantidad de fibra, verduras y leguminosas, así como de una mayor actividad física se mejoró la motilidad intestinal.

Se pudo disminuir los periodos de insomnio tras efectuar algunas recomendaciones como: el baño con agua tibia antes de acostarse, evitar periodos largos de descanso durante el día y evitar alimentos que contengan cafeína o algún otro estimulante.

Se dio un mayor interés en el aseo personal y cambio de ropa, así como una menor dependencia para realizarlo.

La persona pudo comprender la importancia del cuidado de sus pies, y que este cuidado lo debe realizar cotidianamente, logrando mantener así una piel integra e intacta.

El cambio de roles fue aceptado gracias a los valores como el amor, el respeto y la solidaridad que esta familia tiene muy presentes, logrando mantener así una armonía e integridad familiar.

Cabe señalar que existieron limitaciones como: disposición por parte del Sr. C.A.P.M. para adquirir los conocimientos fue compleja ya que en un principio se mostró un tanto renuente, sin embargo se pudo lograr su atención y su interés, gracias al apoyo familiar, así como de la propia conciencia de querer estar bien.

Se puede mencionar que los aprendizajes en este trabajo, fue posible dimensionar a la persona como un todo, único, irreplicable y complejo, conformado por sus tres principales dimensiones (físico, mental, y espiritual). Cuestión que obliga al profesional de enfermería a, anteponer la ética y los valores humanos como el “respeto”. Por lo que para lograr los objetivos de este proceso se le considero siempre como, un ser tridimensional, que tiene necesidades primordiales como; los de enseñanza, de guía, ayuda y que mediante su participación entusiasta del Sr. CAMP se pudieron llevar a cabo las diversas intervenciones logrando así un mejor estilo de vida.

VIII. SUGERENCIAS

Como profesional de enfermería y como egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), es para mí un orgullo poder concluir con este PAE, que me otorgará el privilegio de contar con el nivel académico de licenciatura, así mismo reconozco y agradezco a esta noble institución que tenga el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incluido en su plan de estudios y que así mismo sea una opción de titulación que brinda a sus estudiantes escolarizadas y del sistema abierto.

Realizar este proyecto para mí significo reafirmar y fortalecer los conocimientos adquiridos durante toda la carrera, la forma de planteamiento utilizado en los planes de estudio me parece muy acertados, sin embargo, realizo las siguientes sugerencias:

- Todo estudiante de enfermería deberá conocer las acciones a realizar en la atención primaria (educación para la salud y prevención) esto mediante los conocimientos relacionados con: salud pública, salud laboral, salud familiar y comunitaria, nutrición y salud, medicina tradicional y alternativa, atención en situaciones de emergencias y desastres.
- Implementar modelos de comunicación que nos enseñen a saber escuchar y así, saber enseñar.
- Que el uso del PAE sea cotidiano y en todos los niveles de atención.
- El conocimiento de las ciencias básicas, como contenidos útiles y necesarios para potenciar la interrelación con otros profesionales de la salud, tales como elementos que conforman el cuerpo humano, bases fisiológicas y bioquímica de los órganos y sistemas, así como sus dispositivos del equilibrio homeostático, tratamiento farmacológico, como elemento constante para su práctica asistencial.
- En el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería considerar una asignatura obligatoria para desarrollar el trabajo de titulación.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Aldana L. (2016.) Proceso de atención de enfermería aplicado a una persona adulto mayor con alteración de la necesidad de eliminación, con base en el Modelo de Virginia Henderson.
2. American Diabetes Association [Http://Www.Diabetes.Org/Es/Vivir-Con-Diabetes/Tratamiento-Y-Cuidado/El-Control-De-La-Glucosa-En-La-Sangre/Hipoglucemia.Html](http://www.Diabetes.Org/Es/Vivir-Con-Diabetes/Tratamiento-Y-Cuidado/El-Control-De-La-Glucosa-En-La-Sangre/Hipoglucemia.Html)
3. American Diabetes Association. Position Statement: Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2011
4. Asociación de Diabetes americana, ADA (2003), Recomendaciones para la práctica clínica, Diabetes Care, 2003, vol. 26, Supl. 1
5. Casanova MI. Diabetes en el niño y el adolescente. En: Hablemos de Diabetes. CMDLT-200. Caracas, 2008
6. Connolly A, Hoscker C. The nurse's role in screening for diabetic retinopathy. Nursing Times. Vol. 97, nº 13, marzo 2003. Disponible en: <http://teleline.terra.es/personal/duenas/home.htm>Jansà,
7. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.
8. Luis Rodrigo, M.^a T.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.^a V. (2000), De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (2.^a ed.), Barcelona, Masson.
9. M. Bulechek, G; K. Butcher, H; M. Dochterman, J; M. Wagner, C.(2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Barcelona, España.
10. M., y Vidal, M. (2009). Educación terapéutica en diabetes: Importancia del cumplimiento terapéutico en la Diabetes Mellitus. Avances en diabetología, 25: 55-60. Disponible en:

[http://www.sediabetes.org/resources/revista/4002769%20AVANCES%2025\(1\).pdf](http://www.sediabetes.org/resources/revista/4002769%20AVANCES%2025(1).pdf)

11. Mercè Fernández-Miró, M., y Goday Arnó, A. (2008), Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario del Mar. Barcelona. Disponible en: http://www.dmtipo2.com/pages/diabetes_y_ramadan_04.php
12. Moorhead, S; Johson, M; L Maas, M; Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
13. Morillas Herrera, J. C., y Martín Santos, F. J. (2001), «Consulta de enfermería para pacientes crónicos», Revista Rol de enfermería, 24 (6); 467-47. NANDA International. (2015). NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Elsevier Barcelona, España.
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Cuide sus pies durante toda su vida. 1999 NIH publication no.98-4285S. Disponible en: http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/feet/feet_sp/feet_sp.htm. Accesad
15. Revista Mexicana de Patología Clínica. Diabetes Mellitus insulino dependiente: efectos Amanecer y Somogy en la variación de glucemia. 2003 volumen 50, numero 4.
16. Reyes V. (2011). Necesidad De Aprendizaje. México: SUAyED-ENEO-UNAM.
17. T. Heather Herdman, PHD, RN (2009-2011) Diagnósticos Enfermeros. Versión español NANDA Internacional.

X. ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento Metodológico

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de

Nombre del Alumno: Alvarado Bravo Teófila

Sede: Fes Zaragoza

Fecha: octubre 2017

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; realizar sobreesfuerzo.	Tos productiva /seca: presenta ocasionalmente tos seca
Dolor asociado con la respiración: no hay dolor al respirar	
Fumador: actualmente, no fuma.	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: Fumo por 13 años a partir de los 13 a los 26 años de edad, llego a fumar hasta 3 cajetillas diarias.	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: **T/A 140/90, F.C. 62^{x1}, F.R. 20^{x1}, temperatura 36°C. Presión arterial fuera de rangos normales, resto normal.**

Tos productiva /seca: seca	Estado de conciencia: consiente, alerta, tranquilo y bien orientado.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: de piel blanca, sin presencia de cianosis ni palidez.	
Circulación del retorno venoso: a los 2 segundos	
Otros: Actualmente el Sr. C.A.P.M. Se encuentra utilizando fogón de leña todos los días e inhalando humo, lo cual le ocasiona tos y disnea de esfuerzo.	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): tiene indicada dieta hipo sódica e hipocalórica, pero indica que regularmente hace caso omiso a dicha indicación.
Número de comidas diarias: dos y una colación
Trastornos digestivos: ninguno
Intolerancias alimentarias/ Alergias: ninguna
Problemas de la masticación y deglución: se le dificulta la masticación por la ausencia de piezas dentarias y al consumir alimentos fríos o calientes presenta dolor.
Patrón de ejercicio: solo al realizar sus actividades cotidianas, (desyerbar, regar plantas, alimentar a sus pollos, así como al ayudar en lo posible en la preparación de tamales y demás desayunos) para su venta.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: se refleja adecuadamente su elasticidad
Membranas mucosas hidratadas/ secas: hidratadas
Características de uñas/cabello: uñas gruesas y largas, cabello normal, con presencia de canas en un 25 %.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: presenta parálisis de los miembros inferior y superior izquierdo debido a evento vascular cerebral ocurrido hace 27 años.

Aspecto de los dientes y encías: **carece del incisivo superior derecho y solo cuenta con 3 molares el resto están presentes, en algunas piezas presta caries y placa dentobacteriana. Encías rosadas y sin sangrado.**

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: **no presenta cicatrices de importancia.**

Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Regularmente evacua heces duras, cada tercer día sin dolor ni sangrado alguno, presenta disminución del peristaltismo.

Características de las heces/orina/ menstruación: **heces de color amarillo secas y duras, orina de color ámbar, con olor normal.**

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: **La última vez que fue hospitalizado presento severa infección de vías urinarias.**

Uso de laxantes: **nunca**

Hemorroides: **no**

Dolor al defecar/menstruar/orinar: **no presenta dolor alguno.**

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: **no se ven alterados en ningún momento.**

Datos Objetivos:

Abdomen, características: **abdomen blando normal sin megalias**

Ruidos intestinales: **peristaltismo normal presente.**

Palpación de la vejiga urinaria: **se palpa sin presentar alteración ni dolor alguno.**

Otros:

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si se adapta fácilmente
Ejercicio, tipo y frecuencia: no realiza únicamente al realizar sus actividades cotidianas
Temperatura ambiental que le es agradable: templado a caluroso

Datos Objetivos:

Características de la piel: bien hidratado con firmeza y tonicidad adecuada.
Transpiración: adecuadamente
Condiciones del entorno físico: cuenta con los servicios básicos de: vivienda con techo y piso de concreto, luz, agua potable, drenaje y servicio de recolección de basura. Vive en el mismo lugar donde venden para obtener los ingresos económicos.
Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Movearse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: su capacidad física la considera disminuida en un 50% por la hemiplejía.
Actividades en el tiempo libre: ver televisión y leer revistas.

Hábitos de descanso: **regularmente está sentado por las mañanas hasta medio día ya que solo puede ayudar a su esposa a cobrar mientras ella atiende, después se recuesta un rato si así lo requiere, normalmente duerme de noche.**

Hábitos de trabajo: **después de levantar el puesto ocasionalmente, se pone a desyerbar, o a realizar cualquier actividad en su huerto de traspatio.**

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: **es adecuada excepto de los miembros inferiores y superiores del lado izquierdo ya que se ha perdido la movilidad voluntaria. Sin embargo, si presenta sensibilidad y puede ejercer presión de agarre con esta mano.**

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: **brazo y pierna izquierda con pérdida de tonicidad y flexibilidad por lo que requiere de la ayuda de un bastón para la deambulación.**

Posturas: **siempre ejerciendo mayor inclinación asía el lado derecho.**

Necesidad de ayuda para la deambulación: **con el bastón**

Dolor con el movimiento: **no**

Presencia de temblores: **no**

Estado de conciencia: **consiente y bien orientado**

Estado emocional: **tranquilo**

Otros:

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: de 12pm a 8pm	Horario de sueño: de 10:30pm a 6:30am
Horas de descanso: 8 horas	Horas de sueño: de 5 a 6 horas aproximadamente.
Siesta: de 3 a 4pm	Ayudas: no
Insomnio: si presenta	Debido a: al consumo de café
Descansado al levantarse: regularmente no.	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: normal	
Ojeras: si	Atención: somnoliento
Bostezos: si bosteza durante el día.	Concentración: ligeramente desconcentrado
Apatía: si	Cefaleas: ocasionalmente.
Respuesta a estímulos: si	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: si
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: en un 90% ya que para amarrar las agujetas y abrocharse los botones de la camisa, si requiere de ayuda.	
Vestido incompleto: si	Sucio: no
Inadecuado: apropiado para el medio en que se desenvuelve	
Otros:	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

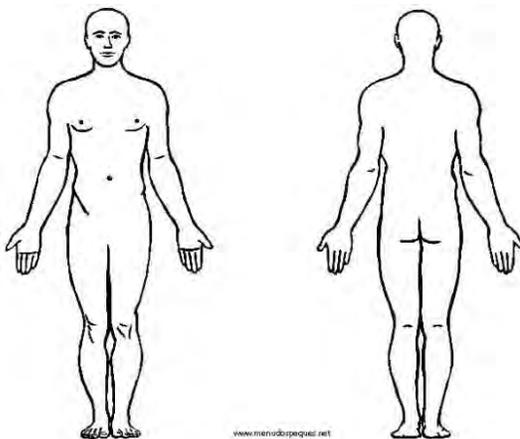
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: cada 3 o 4 días.
Momento preferido para el baño: a medio día
Cuántas veces se lava los dientes al día: una vez por las noches
Aseo de manos antes y después de comer: si
Después de eliminar: si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: ninguna

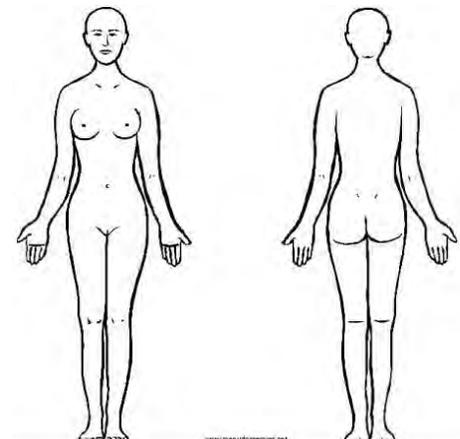
Datos Objetivos:

Aspecto general: ligeramente descuidado	
Olor corporal: no	Halitosis: si
Estado del cuero cabelludo: normal	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): niega lesiones dérmicas	
Otros:	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: él es el padre y vive con su esposa e hija.	
Como reacciona ante situación de urgencia: busca ayuda	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: si	
Hogar: si	Trabajo: si
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: debe acudir bimensualmente a su clínica a control de la DM II y de la Hipertensión arterial más sin embargo solo acude cuando ya no tiene medicamento o insulina.	
familiares: si	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: buscando un espacio de estar solo y realizando oración.	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: ninguna
Condiciones del ambiente en su hogar: se refleja un ambiente un poco hostil debido a que la mayoría de los quehaceres y responsabilidades recaen en la esposa.
Trabajo: mientras están vendiendo los desayunos tratan de apoyarse, pero la mayor parte de las acciones las realiza la esposa.
Otros:

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: casado	Años de relación: 33 años
Viven con: esposa e hija	Preocupaciones / estrés: la situación económica
Familiar: le preocupa el hecho de que su esposa también padece diabetes	
Otras personas que pueden ayudar: su hijo que vive en estados unidos	
Rol en estructura familiar: de padre, pero debido a su incapacidad la mayoría de las responsabilidades recaen en la esposa.	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: no siempre	
Cuanto tiempo pasa solo: de 2 a 3 horas	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: solo con vecinos y demás familiares.	

Datos Objetivos:

Habla claro: si	Confuso: no
Dificultad. Visión: solo al leer	Audición: normal
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: su comunicación verbal: es a través del idioma español el cual lo habla, escribe y lee de forma entendible.	
No verbal: expresa sus sentimientos mediante su actitud facial y corporal lo cual la familia identifica perfectamente.	
Con otras personas: solo algunas expresiones como la alegría, la tristeza y el coraje son detectables.	
Otros:	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: evangélico
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: ninguno
Principales valores en la familia: respeto, la solidaridad y el amor
Principales valores personales: el respeto y la justicia
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): es normal
Permite el contacto físico: si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: ninguno
Otros

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo: solo ayuda a cobrar
Riesgos: de caídas	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 4 horas aproximadamente
Está satisfecho con su trabajo: no	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si, pero se sentiría mejor si el llevara el sustento económico.	

Datos Objetivos:

Estado emocional. /calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: es inquieto, le gusta conversar con los clientes que van a desayunar.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ve televisión
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: no
Recursos en su comunidad para la recreación: se cuentan con campos deportivos, parques, albercas para natación.
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: no, ya que presenta hemiplejia
Rechazo a las actividades recreativas: no
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: apático
Otros:

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: primaria	
Problemas de aprendizaje: no	
Limitaciones cognitivas: ninguna	Tipo
Preferencias. leer/escribir: leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si cuenta con el INEA.	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si sabe	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: muy pocos	
Otros: refiere que a su edad ya no es tan fácil aprender.	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: normal
Órganos de los sentidos: ocasionalmente se ve disminuido el sentido del gusto.
Estado emocional ansiedad, dolor: tranquilo
Memoria reciente: presente
Memoria remota: presente
Otros:

V PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

Plan de Alta

Considere de manera importante:

M *MEDICAMENTOS.* El paciente debe contar con un conocimiento preciso de los medicamentos que deberá continuar tomando después del alta.

E *ENTORNO.* El entorno del que se rodeará al paciente después del alta deberá ser seguro. El paciente deberá contar asimismo con cualquier servicio que sea necesario para continuar sus cuidados en ese entorno.

T *TRATAMIENTOS.* El profesional de enfermería debe verificar que los tratamientos por continuar después del alta puedan ser ejecutados por el paciente mismo o por un miembro de la familia. Si esto no es posible, debe habérselo pertinente para que una persona se encargue de acudir a su hogar para brindar tales cuidados especializados.

I *INSTRUCCIÓN SANITARIA.* El paciente y/o cuidador primario al que se prepara para ser dado de alta debe ser instruido en entorno a la manera de preservar el bienestar. Lo anterior incluye los signos y síntomas que indican la necesidad de cuidados adicionales.

R *REFERENCIA DE PACIENTE EXTERNO.* El paciente y/o cuidador primario debe estar familiarizado con los servicios provenientes del hospital u otras instrucciones comunitarias, tendientes a favorecer sus cuidados y progresos continuados.

- Hacer demostración de ejercicios prescritos
- Demostrar el uso correcto de los instrumentos/ dispositivos asistenciales.

- Reanudar la actividad normal
- Tipo de baño
- Actividades restringidas y el tiempo

INSTRUCCIONES ESPECIALES. -

- Describir o demostrar correctamente el tratamiento prescrito (curaciones)

- Expresar signos y síntomas de alarma que haya que notificar

D *DIETA*. El paciente debe ser instruido en torno a cualquier restricción en su régimen alimenticio. La persona debe ser capaz de seleccionar sus alimentos por sí misma.

- Expresar las restricciones a la actividad.

Anexo 2. Diabetes Mellitus (DM)

La diabetes Mellitus (DM GPC México 2016) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples procesos fisiopatológicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción auto inmunitaria de las células β del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina. La DM se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

- **DM tipo 1 (DM1)**, que a su vez se divide en – Autoinmune (DM1A).
– Idiopática (DM1B).
- **DM tipo 2 (DM2).**
- **Otros tipos específicos de DM.** Se incluyen aquí, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.
- **DM gestacional.** Se inicia o se reconoce durante el embarazo. La DM1 afecta al 5-10 % de la población diabética. Se caracteriza por una destrucción de las células β del páncreas, que da lugar a un déficit absoluto de insulina. Esta destrucción suele deberse a un mecanismo autoinmune, aunque en un reducido número de casos no existe evidencia de autoinmunidad ni de otra causa conocida que destruya a las células. Es la DM1 idiopática, en la que se observa un fuerte componente hereditario. La DM2 supone el 85-95 % de los casos de DM, y se caracteriza por una resistencia a la insulina combinada con un déficit progresivo de producción de esta.

La insulina es una hormona liberada por las células beta pancreáticas en respuesta a niveles elevados de nutrientes en sangre, controlando funciones energéticas críticas como el metabolismo de la glucosa y de lípidos. Cuando

la insulina se une a su receptor, éste desencadena múltiples vías de señalización que median sus acciones biológicas. La incapacidad de las células blanco de responder a la insulina, debido presumiblemente a defectos en su señalización, estado conocido como resistencia a la insulina, es una de las principales características de manifestaciones patológicas asociadas con la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), una de las primeras causas de muerte en México y a nivel mundial

El objetivo será evitar la enfermedad mediante la promoción específica enfocada a la población de alto riesgo: estimulando la actividad física, corrigiendo la obesidad, modificando la dieta.

El diagnóstico oportuno utilizando cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas de DM más glucemia casual en plasma venoso igual o mayor a 200mg/dl.
- Glucemia en ayunas medidas en plasma venoso que sea igual o mayor a 126mg/dl
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200mg/dl, 2 horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral.

Alrededor del 80% de los pacientes presentan en menos de 3 semanas de duración con los siguientes signos y síntomas: Polidipsia, polifagia, hiperglucemia, poliuria, glucosuria, pérdida de peso, cansancio, visión borrosa, heridas que no cicatrizan, entumecimiento y hormigueo, problemas sexuales e infecciones recurrentes.

Mediante el tratamiento oportuno evitando la progresión y las complicaciones de la enfermedad, a través una educación adecuada, dieta baja en calorías, la realización de ejercicio diario, así como un buen control farmacológico con

hipoglucemientes o insulina. Los objetivos serán lograr un buen control metabólico, cambiar la actitud del paciente hacia la enfermedad, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida, asegurar la adherencia al tratamiento y evitar la enfermedad en el núcleo familiar, por mencionar algunas.

Mediante la dieta: Monitorear la ingesta de carbohidratos, fraccionar la dieta en 5 porciones (3 comidas y dos colaciones), ser disciplinados en los horarios de comida aumentando el consumo de verduras, leguminosas, pescado y disminuir el consumo de sal y alcohol.

Mediante el ejercicio: Realizar un plan de actividad física personalizado de acuerdo a la condición física, edad, peso e historia clínica.

Mediante hipoglucemientes orales: Metformina, sulfanilureas, meglitidinas, tiazolidineodinas, acarbosa.

Insulina: cuando la persona no logra alcanzar la meta de control glucémico con los cambios en los estilos de vida y el uso correcto de hipoglucemientes orales.

Complicaciones:

Agudas: hiperglucemia, cetoacidosis diabética, hipoglucemias y coma diabético

Crónicas: retinopatía, neuropatía, nefropatía, pie diabético, enfermedad vascular, hipertensión, hipocolesterolemia

Definiciones

Caso nuevo de hipertensión arterial, al paciente que cumple con los criterios diagnósticos enunciados en esta Norma y que es registrado por primera vez en el informe semanal y es captado por el sistema único de acciones de

vigilancia epidemiológica para exactitud de la incidencia anual de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

Alimentación correcta, al conjunto de alimentos naturales y preparados que se consumen cada día con equilibrio, variedad y suficiencia en calorías, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, fibra y micronutrientes, para tener una nutrición corporal adecuada que se traduzca en peso y circunferencia abdominal normal para la talla, edad y sexo.

Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes Tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

Educación para la Salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que promueven el desarrollo de la Hipertensión Arterial Sistémica y que se

adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

Hipertensión Arterial Sistémica, al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.

Hipertensión arterial secundaria, a la elevación sostenida de la Presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica).

Hipertensión arterial descontrolada, a la elevación sostenida de las cifras de Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órganos blanco.

Hipertensión arterial resistente, a la persistencia de valores de Presión arterial por arriba de la meta (140/90 mmHg o 130/80 mmHg si tiene diabetes o nefropatía), a pesar de buena adherencia al tratamiento antihipertensivo apropiado, que incluya tres o más fármacos de diferentes clases (incluyendo de preferencia un natriurético), en una combinación recomendada y a dosis óptima (individualizada), cumpliendo con las medidas conductuales en forma adecuada.