

00921
117



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE
MADURO CON PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON
DISMINUCIÓN DE ENERGIA MANIFESTADO POR FATIGA EN ACTIVIDADES
COTIDIANAS.

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

P R E S E N T A

BELEN JUANA MENDEZ LUIS

No. CTA.099620974

DIRECTOR DE TRABAJO: L. E. O LETICIA SANDOVAL ALONSO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D.F.

2003



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

a





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A mi mamá:

Por darme la vida y con ella los valores de responsabilidad y superación, los cuales fueron imprescindibles para lograr la meta anhelada.

A mis hijas:

Por su comprensión, amor y colaboración en mi preparación profesional.

A mis profesores:

Que gracias a ellos, a todos sin excepción logre ampliar el tesoro más preciado; el conocimiento. En particular agradezco la asesoría de mis sinodales para el logro del presente proceso de enfermería.

INDICE.

1.- Introducción.....	1
2.- Justificación.....	3
3.- Objetivos.....	4
4.-Metodología.....	5
5.-Marco teórico.....	7
5.1. Historia de la enfermería.....	7
5.2. Marco conceptual en el área de enfermería.....	10
5.3.- Modelo de Virginia Henderson.....	12
5.3.1.Metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson.....	14
5.3.2.Afirmaciones teóricas.....	16
5.3.3.Consecuencias de su teoría en enfermería actual.....	17
5.4. Proceso de atención de enfermería.....	18
5.4.1.Historia del proceso de atención de enfermería.....	19
5.4.2.Definición del proceso de atención de enfermería.....	20
5.4.3.Objetivo del proceso de atención de enfermería.....	20
5.4.4.Beneficios del proceso de atención de enfermería.....	21
5.4.5.Etapas del proceso de atención de enfermería.....	22
5.4.5.1.Valoración.....	22
5.4.5.2.Diagnóstico.....	29
5.4.5.3.Planificación.....	31

5.4.5.4.Ejecución.....	32
5.4.5.4.Evaluación.....	33
5.5.Adulto mayor.....	34
6.-El modelo de Virginia Henderson aplicado al proceso de atención de enfermería	
Desarrollo del proceso de atención de enfermería.....	
6.1. Presentación del caso.....	47
6.2.Valoración de las 14 necesidades humanas.....	49
6.2.1 Ficha de identificación.....	49
6.2.2.Antecedentes personales, familiares, laborales y de salud.....	50
6.2.3.Instrumento de valoración.....	52
6.3.- Diagnósticos, Objetivos, Planeación, Ejecución, y Evaluación.....	61
7.- Conclusiones.....	96
8.- Sugerencias.....	98
9.- Bibliografía.....	99
10.-Anexos.....	101

1.INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de demostrar la importancia que tiene la aplicación de un proceso de enfermería en respuesta a las necesidades de salud de un individuo que requiere al igual que todos, una atención personalizada para su beneficio. Se elabora en forma teórica y práctica, aplicando el modelo de Virginia Henderson, así como la utilización de la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado mediante el cuál se valora, se diagnóstica, planea, ejecuta y evalúa las intervenciones de enfermería, por lo que es importante mencionar cada una de las etapas .

En la etapa de valoración se analiza cual es el objetivo, la forma de obtener datos y la organización de los mismos así como la exploración física.

En la etapa de diagnóstico después del análisis de la información se estructuran los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas pueden ser reales, potenciales y posibles. Se hace referencia a las diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico de enfermería, las ventajas de su uso para la enfermera y el paciente y la forma correcta de escribirlo.

En la planeación una vez identificados tanto las capacidades como los problemas, se abordan aspectos como establecer prioridades en los cuidados, determinación de objetivos, intervenciones de enfermería, evaluación y control de los resultados.

En la fase de ejecución se aplican realmente las intervenciones de enfermería derivadas de las prescripciones establecidas en la planeación.

En la evaluación se compara lo planeado con lo ejecutado, se verifica el logro de los objetivos y se detectan las deficiencias para iniciar nuevamente el proceso de atención.

En el presente proceso de atención esta aplicado el modelo de Virginia Henderson, a una persona adulta mayor con patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de energía manifestado por fatiga en actividades cotidianas. Se desarrolla todo el proceso de atención de enfermería con base a las necesidades detectadas en dicha persona.

Al finalizar se mencionan conclusiones , sugerencias y la bibliografía.

2.JUSTIFICACION.

La enfermería ha representado la esencia del sistema de atención sanitaria, pero su imagen sigue siendo la de personas cuyas acciones dependen de la supervisión médica . Sin embargo la enfermería es un trabajo sumamente profesional ya que implica la integración y aplicación de conocimientos históricos, filosóficos, teóricos , metodológicos y prácticos que conlleva a una gran cantidad de conocimientos científicos y capacidad de comunicación para proporcionar una atención de calidad. Lo que implica también el complejo proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto, de la observación al diagnóstico. A pesar de todo el núcleo del trabajo de enfermería, esta muy poco descrito. Un modo de apreciarlo es que cada enfermera aplique el proceso de atención de enfermería a cada uno de sus pacientes.

Con base en lo anterior, se realiza el presente proceso de atención de enfermería más que como un requisito para la titulación es con la finalidad de que conozcan la importancia de la aplicación del proceso de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson donde conceptualiza al individuo o persona como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica así como promover su desarrollo y crecimiento.

3. OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES

- Integrar los conocimientos adquiridos en la formación académica en el desarrollo del proceso de atención de enfermería.
- Desarrollar un proceso de atención de enfermería a una persona adulta mayor en su domicilio durante los meses de marzo-mayo con la finalidad de cumplir un requisito académico-administrativo para la obtención del título universitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades básicas de dependencia en un adulto mayor que presenta un patrón respiratorio ineficaz.
- Formular los diagnósticos de enfermería en relación a las necesidades identificadas como dependientes del adulto mayor con un patrón respiratorio ineficaz.
- Planear y ejecutar intervenciones de enfermería que contribuyan a una mejoría del estado de salud del paciente en estudio.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos.

4. METODOLOGÍA.

Para la realización del proceso de atención de enfermería inicialmente tuve que asistir a un seminario de titulación en el cual me proporcionaron las bases teóricas y metodológicas para su desarrollo, el cual tuvo una duración de dos meses de formación teórica y dos meses de practica. Posteriormente, en una semana se seleccionó a una persona, en este caso una adulta mayor en su domicilio con la cual tuve contacto directo durante el desarrollo del proceso.

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas de forma directa a la paciente y en forma indirecta a la familia, lo cual se llevo a cabo en dos sesiones semanales de una hora donde utilice hojas, lápiz, goma de borrar, sacapuntas, cinta métrica, baumanómetro, estetoscopio, termómetro y báscula ; los cuales me permitieron llevar a cabo la observación, exploración y el interrogatorio mediante la aplicación de una guía de valoración que esta basado en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

Una vez realizada la valoración se procedió al análisis de la información detectando los datos de dependencia e independencia para satisfacer las 14 necesidades fundamentales del individuo, lo que me permitió construir los diagnósticos de enfermería, los cuales están apoyados en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association).

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería en dos sesiones semanales de dos horas se definieron los objetivos, con base en ellos se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería en seis sesiones semanales de dos horas; con el fin

de mejorar su estado de salud que le permita crear independencia en todas las necesidades básicas.

Por último se evaluaron los resultados en cuatro sesiones de una hora en relación a los objetivos planeados , beneficios que obtuvieron la paciente y su familia.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1.-HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

"Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la Enfermería; dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la Enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de salud por parte de fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina. En la segunda mitad del siglo otros movimientos sociales determinaron nuevos cambios en los cuidados de salud y la Enfermería; por ejemplo el consumismo, la creciente concientización y exigencia del paciente de recibir cuidados de salud de calidad; cambios en los modelos de trabajo; la lucha por los derechos civiles; el progreso de la salud pública; el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales, y la lucha por la igualdad de derechos de la mujer. Todos estos factores, combinados con las fuerzas internas de la Enfermería para aumentar su concientización, innovar su ámbito de responsabilidades y orientarse a la profesionalización, han modelado el papel de la Enfermera y la Enfermería." ¹

Por otro lado el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías ha acrecentado las responsabilidades de las Enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de Enfermería.

¹ DONAHUE M. Patricia. Historia de la enfermería, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona, 1990 pp435.

El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos.

“A lo largo del siglo XX también hubo periodos de escasez dentro de la Enfermería. Muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares. Otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ellas no tenían ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos”.²

Durante la segunda Guerra Mundial surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado del paciente. Este desarrollo de unidades de tipo específico, aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligado a contar con algún tipo de Enfermería especializada, lo cual contribuyo a acentuar todavía más la carencia de profesionales.

Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de Enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia Hall cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades.

² Op. cit. pp. 439.

Los cuidados de Enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente de hospital al hogar. La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

No fue hasta los años setenta cuando empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de Enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral (enfoque holístico) con la aparición de la Enfermería Primaria.

Los cuidados de la Enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias.

“De las enfermeras actuales se esperan que hagan demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya”.³

El ambiente en el que se movía la Enfermería no era propicio para la investigación, como tampoco había enfermeras preparadas para emprenderla. Sin embargo, la necesidad de la investigación de Enfermería ya fue reconocida por las primeras dirigentes, que se comprometieron con el método científico de recoger e interpretar

³ Ibidem, pp.443

datos para generar nuevos conocimientos tendientes a mejorar los cuidados de Enfermería.

5.2.-MARCO CONCEPTUAL EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA.

La necesidad de contar con teorías de Enfermería y poderlas desarrollar fueron cuestiones destacadas en la década de los setentas. Surgieron varias teorías y esquemas conceptuales merced al esfuerzo de personas como la hermana Callista Roy, Martha E. Rogers, Imogene M. King, Dorotea Orem y Margaret A. Newan.

La Enfermería al ser una profesión que está emergiendo está involucrada en la identificación de su base única de conocimiento, esto es, el conocimiento esencial para la práctica de la Enfermería o también llamada ciencia de la Enfermería. Para la identificación de la base de conocimiento, se requiere de el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos teóricos específicos de la Enfermería.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los sesenta y ha progresado gracias a las enfermeras teóricas y su participación en las conferencias sobre la teoría y la investigación para clasificar y validar las teorías.

Una teoría se constituye de conceptos y proposiciones, explica con detalle los fenómenos a los que se refiere; su principal objetivo es generar conocimiento en un determinado ramo.

Los principales propósitos de las teorías de Enfermería son : (King 1978)

- *Generar conocimientos que faciliten mejorar la práctica.
- *Organizar la información en sistemas lógicos.

- *Descubrir conocimientos en el campo específico del estudio.
- *Descubrir el fundamento para la recolección de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes.
- *Aportar una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de Enfermería.
- *Desarrollar una manera organizada de estudiar la Enfermería.
- *Guiar la investigación de la Enfermería para ampliar los conocimientos.

La profesionalidad y el deseo de conseguir status colegiado con otros profesionales de la salud han originado la necesidad de un modelo conceptual como una forma de conceptualizar la disciplina de una forma inequívoca, que incluye un lenguaje común y comunicable a otros ya que para ser consideradas profesionales de la salud, las enfermeras deben establecer cual es su rol dentro del equipo interdisciplinario.

Un marco conceptual es un conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa.

Un concepto es una idea abstracta, o una imagen mental de la realidad. Existen conceptos aplicables a la enfermera: los principios humanos, la salud, la relación de la ayuda y la comunicación.

Otros conceptos influyen en la profesión y determinan su práctica: persona que recibe cuidados, el ambiente en que ésta vive, el grado de salud en el momento de la interacción y la actuación de la enfermera. El conjunto de éstos conceptos constituye el paradigma de la enfermería.

El paradigma de la Enfermería representa la línea más general de ésta disciplina, su unidad o marco, describe los fenómenos sobre los que se debe basar y regir en forma unívoca.

5.3.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

"Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un Modelo Enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en éstos temas. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin éste elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión".⁴

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o

⁴ FERNANDEZ Ferrin Carmen, et. al; El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería, ed. Masson-Salvat, Barcelona 1996 pp.83.

conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”⁴

En su teoría Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir las prendas de vestir- vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio cuidado y los tegumentos protegidos
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar practicas religiosas
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa

⁴ Op. cit.(4) pp.84.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y a una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

5.3.1. Metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson.

Persona.

La persona debe tener 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 forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de Enfermería

Entorno

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede inferir en esta capacidad.

La enfermera debe tener información en materia de seguridad.

Las deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Salud

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperan la salud o la mantendrán que si tienen la fuerza voluntad y conocimientos necesarios.

Enfermería

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

5.3.2. Afirmaciones teóricas.

Relación Enfermera- Paciente

"Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación dependiente a otra marcadamente independiente: (1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente; (2) la enfermera como ayuda para el paciente, y (3) la enfermera como compañera del paciente. En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle "completo", "íntegro" o "independiente", por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento".⁵

Como compañeros, la enfermera y el paciente colaboran juntos en el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

⁵ ANN MARRINER-TOMEY, Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª. Ed., Ed. Mosby-Doyma, España 1994 pp. 106.

Relación Enfermera-Médico

"Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe de llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico preescrito por el médico." ⁶

Parece que Henderson a utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las catorce necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus catorce necesidades básicas corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow.

5.3.3. Consecuencias de su teoría en la enfermería actual.

"La perspectiva de Henderson a resultado útil para promover nuevas ideas y para el desarrollo conceptual adicional con las nuevas teorías. En sus numerosas obras publicadas ha discutido la importancia de la independencia y de la interdependencia de la Enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha fluido en el desarrollo de los planos de estudios, realizando una gran contribución

⁶ Op cit. (6) pp. 112.

a la promoción de la importancia de la investigación en el ámbito clínico de la Enfermería.

Desde que se ha difundido la definición de Henderson sobre la función única de la Enfermería, actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la Enfermería como disciplina profesional.⁷

Henderson continúa siendo citada en la literatura habitual de Enfermería y en las publicaciones de todos los campos, desde la Enfermería, holística al Proceso de Atención de Enfermería.

5.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

"La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica éste sistema para práctica de Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de atención de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería".⁸

⁷ IYER Patricia W; et. al; Proceso y diagnóstico de enfermería, 3ª ed, Ed.Mc Graw-Hill Interamerica, México 1997.

⁸ Op. cit. (8), pp10.

5.4.1. Historia del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1995), Jonson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases .

El uso del proceso como método para el cuidado en el ejercicio clínico fue definido de forma trascendental en 1973, cuando la American Nurces Association (ANA).

Publicó "Estándares del ejercicio de la Enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación". Posteriormente en 1992 agregan una fase intermedia como la identificación de los objetivos.

El consejo internacional de Enfermería y la Organización Mundial para la Salud de 1977 definen el Proceso de Enfermería como un sistema de intervenciones propias sobre la salud de los individuos, las familias y las comunidades que se basan en el método científico e incluye la planificación y la administración de los cuidados así como la evaluación de los resultados.

Actualmente se define el Proceso de Atención de Enfermería como una guía metodológica para desarrollar el trabajo de Enfermería y sistematiza una dirección para ofrecer cuidados de calidad a los pacientes o clientes atendidos.

5.4.2. Definición del proceso de atención de enfermería.

"El proceso de atención de Enfermería es el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. "Yura y Walsh (1988) afirman que el Proceso de Atención de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la Enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de Enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Atención de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y mayor tiempo posible".⁹

5.4.3 Objetivo.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El Proceso de Atención de Enfermería consiste en una relación de interacciones entre el cliente y el profesional de Enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de Enfermería valida las observaciones con

⁹ Ibidem pp 12

el cliente y de forma conjunta utilizan el Proceso de Atención de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

5.4.4.-Beneficios del proceso de atención de enfermería.

El proceso de enfermería ha demostrado ser eficaz en la promoción de la calidad y eficiencia de los cuidados de salud que acelera la solución de los problemas y maximiza las oportunidades y los recursos.

Además promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que evitan omisiones y conclusiones prematuras, esta filosofía de humanismo promueve una conducta cuidadosa y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos, realista e intervenciones individualizadas que pueden obtener resultados.

Estimula la identificación y utilización de las capacidades y evita que se pasen por alto los recursos. Así mismo complementa el proceso médico centrándose en cómo responde la persona a los problemas médicos, el plan de tratamiento y los cambios en su vida diaria, de esta forma las enfermeras se aseguran que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad, aumentando la posibilidad de que las intervenciones sean efectivas.

Ayuda a los pacientes y a las personas a darse cuenta que su aportación es sumamente importante y a fijar los puntos fuertes que tienen para su pronta recuperación.

Nos permite evaluar la calidad de los cuidados de la persona y a realizar estudios que hagan avanzar la enfermería mejorando la calidad y eficiencia de los cuidados ya que permite un control y un registro oportuno y cuidadoso de las funciones así como el desempeño de los cuidados de enfermería esto conlleva los logros, los fracasos o retrasos en estas actividades y que se pueden remontar en beneficio de las personas.

5.4.5 Etapas del proceso de atención de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; como se describen a continuación:

5.4.5.1 Valoración.

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluye al paciente como fuente primaria al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de Enfermería; con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente.

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.

Tipo de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente referido a su estado de salud o a la respuestas del paciente como consecuencia de su estado se nos interesa es saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** no se pueden medir y son propios de pacientes 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.

Métodos para obtener datos:

Entrevista clínica .

Es la técnica indispensable en la valoración. Ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen más tipos de entrevistas esta 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.
- Ayudar a la enfermera a detectar que a otras áreas requiere un análisis específico o

a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre.

- **Iniciación:** 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. El sistema formatos estructurados para la recogida 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 resumirse los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las cualidades que debe tener un entrevistador son: empatía, calidez, concreción y respeto.

- **Empatía:** capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- **Calidez:** es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa sólo a nivel no verbal.
- **Respeto:** es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su

problema le atañe, y que se preocupa por él, respetando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

- **Concreción:** es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. La observación sistemática implican la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos divos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales y 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).

- **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, hipersonoros y timpánicos.

- **Auscultación:** consiste en el escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza en estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar cierto ruidos aplicando sólo la oreja sobre la zona a explorar.

Formas de abordar un examen físico: desde la cabeza a los pies, por sistemas, aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

Validación de datos:

La información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, que son peso, talla etc. los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos:

La información que haya sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información, y son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.

- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.

- Valoración física.

Patrones funcionales de salud. la valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; al contrario, se complementan.

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilitar 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.
- Permiten la formación pregrado y postgrado.

La correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) deben estar escritos de forma objetiva.
- B) las descripciones de interpretaciones de los datos objetivos que deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) se deben evitar las generalidades y los términos vagos como "normal", "regular",
- D) Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- E) la anotación debe ser clara y concisa.
- F) se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las adaptaciones eran correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las abreviaciones de uso común.

5.4.5.2. Diagnóstico.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. 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. Se extrae conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de Enfermería que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de Enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Diagnóstico de Enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente.

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

La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión de otros profesionales. Son los diagnósticos de Enfermería. Los pasos de esta fase son: identificación de problemas, formulación de problemas y componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA.

Los tipos de diagnósticos son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

5.4.5.3 Planificación.

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de Enfermería. La fase de planificación, consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas identificados.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados, para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de Enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de Enfermería, de los resultados y de las actuaciones de Enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- *Los 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.

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

5.4.5.4 Ejecución.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de Enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la tensión al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de Enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

5.4.5.5 Evaluación.

La última fase del Proceso de Atención de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención . El profesional de Enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de Enfermería.

La evaluación se lleva a cabo 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 el paciente.

5.5. Adulto mayor.

Edad adulta madura.

La teoría del crecimiento y desarrollo aporta una base para evaluar y planear la asistencia sanitaria de los pacientes y sus familias, el conocimiento del crecimiento y desarrollo normales y de los cambios predecibles que acompañan este crecimiento permite a la enfermera discernir acerca de las alteraciones físicas y psicosociales que la gente experimenta cuando se presenta en su vida la enfermedad u otros factores nocivos. Dentro de esta estructura las enfermeras pueden comprender mejor las necesidades humanas y los cambios evolutivos relacionados con el envejecimiento, una evaluación del desarrollo del paciente puede originar información para llevar a cabo un plan asistencial realista, capaz de hacerse cargo de las necesidades singulares del paciente y su familia.

La edad adulta madura suele estar marcada por la declinación física los signos del envejecimiento se acelera en la medida en que ambos sexos entran en la madurez. En el examen físico es evidente la declinación funcional de la mayor parte de los principales sistemas corporales.

Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco progresivo e irreversible, que se caracteriza por deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto en su medio interno como en el medio ambiente externo, a la detención de nuestros

sistemas autorreguladores y que lleva inevitablemente como destino final a la muerte.

Características del envejecimiento:

- 1.- Es individual; todas las personas envejecen en forma distinta, dependiendo de varios factores intrínsecos y extrínsecos.
- 2.- Los órganos no envejecen a la misma velocidad dentro de un individuo: dependen de la interrelación con el medio ambiente y de factores como el trabajo, emocionales, nutricionales etc.
- 3.- El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza con la concepción, es decir con la unión del óvulo y espermatozoide y acaban con la muerte.

Clasificación:

1.- **Periodo de pre-vejez:** De los 45 a los 60 años, es cuando la persona adulta sufre cambios fisiológicos en su organismo que si son realizados en forma adecuada le permitirán pasar a los otros periodos conservando sus facultades y capacidades prácticamente íntegras y libres de enfermedades; es la etapa de la prevención de los trastornos de la vejez.

2.- **Senescencia o vejez verdadera:** de los 60 a los 74 años, es aquél en el cual se presentan la mayoría de las enfermedades "propias" de la vejez que no son propias ya que pueden presentarse en otras edades, solo que en los viejos tienen una expresión muy particular y una evolución muy especial.

3.- Senilidad o vejez-ancianidad: de los 75 años en adelante hasta terminar en la decrepitud. Aquí los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar a un extremo irremediable, sin embargo se puede intentar detenerlas en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación.

Los científicos dicen que para tener una buena salud mental en la vejez, son indispensables: la seguridad económica, amor y respeto. Evitar la soledad y el aislamiento.

En general no se tiene miedo a la vejez, se tiene miedo a la invalidez a la enfermedad, a la pobreza y a la soledad y para no tener ese miedo se necesita educación en economía (en el ahorro, para tener una situación desahogada), en la salud, el trabajo, la técnica, la actividad, educación espiritual para sentirse realizado.

La educación y el amor son dos conceptos que van ligados, no puede ser feliz un viejo insatisfecho, decepcionado que siempre reniega; en cambio es feliz aquél que da amor a los que lo rodean y comparte sus satisfacciones. La vejez como la muerte pueden ser una nobilísima parte de la vida.

Basándonos en las necesidades fisiológicas, son las primeras que debe tener resueltas un anciano para un buen envejecer. Tomando en cuenta que en la vejez se presentan una serie de cambios a nivel físico que no son índice de enfermedad, pero que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo.

El problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años .La capacidad de adaptación a estos cambios es una

característica de la senectud, de la vejez normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano.

Desarrollo físico en la madurez.

Rasgos del examen físico normal en el adulto mayor.

- **Cambios Cardiovasculares.**

Gasto Cardíaco, el corazón pierde elasticidad, por consiguiente es menor la contractilidad cardiaca en respuesta al aumento de la demanda.

Circulación arterial. La arteriosclerosis general o localizada tiene como consecuencia una disminución en la flexibilidad vascular con aumento de la resistencia periférica.

Circulación venosa. En el envejecimiento no se producen cambios en ausencia de enfermedad.

Tensión arterial. Aumento significativo de la sistólica, leve aumento de la diastólica, aumento de las resistencias periféricas y la tensión del pulso.

Corazón. Desplazamiento de ápex debido a cifoescoliosis; por consiguiente se pierde el significado diagnóstico de su localización; aumento de latidos prematuros; de infrecuente importancia clínica.

Soplos diastólicos en más de la mitad de los ancianos; el más común se ausculta en la base del corazón debido a cambios escleróticos en las válvulas aórticas.

Pulsos periféricos. Se palpan con facilidad debido al adelgazamiento de la pared arterial y a la disminución del tejido conectivo; vasos tortuosos y rígidos; los pulsos pedios pueden estar debilitados como consecuencia de cambios

arterioscleróticos; frialdad de los miembros inferiores, especialmente de noche; los pies y las manos pueden presentar frialdad y coloración moteada.

Frecuencia Cardíaca. En reposo, no presentan cambios en el envejecimiento.

- **Cambios Respiratorios:**

Flujo sanguíneo pulmonar y difusión. Disminución del flujo sanguíneo en la circulación pulmonar; disminución de la difusión.

Estructura anatómica. Aumento del diámetro anteroposterior.

Músculos respiratorios accesorios. Degeneración y disminución de la fuerza; aumento de la rigidez de la pared torácica; atrofia muscular en faringe y laringe.

Estructura pulmonar interna. La elasticidad pulmonar disminuida ocasiona enfisema; disminuyen el volumen inspiratorio y la capacidad respiratoria máxima, la capacidad vital, el volumen residual y la capacidad funcional; aumenta la resistencia de la vía aérea; menor ventilación en las bases y mayor en los ápices pulmonares.

- **Cambios tegumentarios:**

Textura. La piel pierde elasticidad; arrugas, pliegues, flojedad y sequedad.

Color. Pigmentación puntiforme en áreas expuestas al sol; rostro pálido, aún en ausencia de anemia.

Temperatura. Aumento de la frialdad en las extremidades; respiración disminuida.

Distribución de la grasa. Menor en las extremidades, mayor en el tronco.

Color del pelo. Grisáceo, blanco, amarillo o gris amarillento.

Distribución del pelo. Ralo en cuero cabelludo, axilas, pubis y extremidades; pelo facial disminuido en el hombre en las mujeres puede crecer vello en el mentón y el labio superior.

Uñas. Disminución de la velocidad de crecimiento.

- **Cambios Genitourinarios y reproductivos.**

Flujo plasmático renal. Posibilidad de pérdida de proteínas por vía renal, como consecuencia de la disminución del volumen minuto cardíaco y de la disminución de la tasa de filtración y la eficiencia renales.

Micción. En las mujeres disminuye el tono muscular perineal; por consiguiente, micción imperiosa e incontinencia de esfuerzo; aumento de la nocturia posibilidad de la poliuria se relaciona con diabetes; la disminución del volumen urinario se puede relacionar con un menor ingreso, pero se necesita una evaluación diagnóstica.

Incontinencia. Frecuencia creciente con la edad, en especial en aquellos que padecen demencia.

Estrógenos. Con la menopausia disminución de la producción .

Mamas. Disminución del tejido mamario.

Útero. Tamaño disminuido; cese de la secreción mucosa; posibilidad de prolapso uterino como resultado de la debilidad muscular.

Vagina. Atrofia del revestimiento epitelial; acortamiento y estrechamiento del conducto.

Secreciones vaginales. Se tornan más alcalinas a medida que aumenta el glucógeno y disminuye la acidez.

- **Cambios Gastrointestinales:**

Masticación, deterioro ocasionado por pérdida parcial o total de la dentadura, oclusión defectuosa, dentadura postizas mal adaptadas.

Deglución y digestión de hidratos de carbono. La deglución se vuelve dificultosa a medida que disminuye la secreción salival; disminuye la producción de ptialina, por consiguiente se afecta la digestión de almidón.

Esófago. Disminuye la peristalsis, aumento de la incidencia de hernia hiatal con distensión gaseosa concomitante.

Enzimas digestivas. Disminución de la producción de ácido clorhídrico, pepsina y enzimas pancreáticas.

Enzimas digestivas. Disminución de la producción de ácido clorhídrico, pepsina y enzima pancreáticas.

Absorción de grasas. Se retrasa, lo que afecta la absorción de vitaminas A, D, E, Y K..

Peristalsis intestinal. disminución de la motilidad gastrointestinal; sumada a la ingestión de fibra se produce estreñimiento.

- **Cambios Músculoesqueléticos:**

Función y fuerza musculares. Disminuyen al reducirse la masa muscular; las prominencias óseas son normales en los ancianos, debido a la disminución de la masa muscular.

Estructura ósea. Desmineralización y aumento de la porosidad, acortamiento del tronco como consecuencia del estrechamiento de los espacios intervertebrales.

Articulaciones. Pierden movilidad; se produce estrechamiento y fijación; la actividad favorece la conservación de la función; cambios de la postura; cierto grado de cifosis; se limita la amplitud del movimiento.

Dimensiones anatómicas y estatura. Disminución de las dimensiones totales a medida que se produce la pérdida de proteínas y agua corporales en proporción con la disminución del metabolismo basal; aumento de la grasa corporal, reducción de las extremidades, aumento en el tronco; disminución de 2.5 a 10 cm en la estatura con respecto a la juventud.

- **Cambios en el sistema nervioso.**

Respuesta a los estímulos. Los reflejos se vuelven más lentos; disminución de la capacidad de respuesta a estímulos múltiples.

Pautas del sueño. El estadio IV del sueño está disminuido en comparación con la juventud; aumento de la frecuencia de los despertares espontáneos; se prolonga el descanso en la cama, pero se duerme menos; el insomnio es un problema, que debe ser evaluado.

Reflejos. En la vejez, los reflejos tendinosos profundos están conservados.

Ambulación. La sensibilidad cinestésica es menor; puede presentarse una marcha extrapiramidal similar a la parkinsoniana; los ganglios basales reciben la influencia de los cambios vasculares y la disminución del aporte de oxígeno.

Voz. Disminución de la amplitud, la duración y la intensidad de la voz; puede tomarse aguda y monótona.

- **Cambios sensoriales:**

Visión periférica. Disminuye.

Acomodación del cristalino. Disminuye; requiere lentes correctivos.

Cuerpo ciliar. Atrofia en la acomodación del foco del cristalino.

Iris. Desarrollo del arco senil.

Coroides. Atrofia alrededor del disco.

Cristalino. Puede producirse opacidad, formación de cataratas; es necesaria más luz para ver.

Color. Empalidece o desaparece.

Mácula. Degenera.

Conjuntiva. Adelgaza y tiene un aspecto amarillento.

Secreción lagrimal. Disminuye; aumentan la irritación y la infección.

Pupilas pueden tener diferente tamaño.

Córnea. Presencia del arco senil.

Retina. Cambios vasculares observables.

Otros sentidos:

Umbral para los estímulos. Aumento del umbral para el tacto fino y el dolor; en las extremidades son comunes las parestesias por isquemia.

Audición. Son menos perceptibles las frecuencias altas; en consecuencia, se encuentra muy afectada la comprensión del habla; promueve la confusión y parece crear un aumento de la rigidez en los procesos del pensamiento.

Gusto. Disminución de la sensibilidad a medida que se atrofian las papilas gustativas; puede ocasionar un incremento del consumo de condimentos.

Evolución Psicosocial en la Madurez.

Erikson describe el principal desempeño evolutivo de la madurez como la integridad del yo, en oposición a la desesperanza, se caracteriza como la adquisición de

sabiduría y la posesión de una filosofía unificada de la vida, habiendo llevado a cabo los anteriores desempeños evolutivos mediante la adaptación de las pruebas y tribulaciones de la vida, existe un sentimiento de integridad, de metas realizadas a lo largo de una vida plena.

Aparece la desesperanza si no se ha producido la integridad del yo y al individuo le falta un sentimiento de consumación, al tiempo que tiene la sensación de que es demasiado tarde para cambiar. Estos individuos pueden tornarse críticos de los demás a menudo proyectándose su ira y sus sentimientos de inadecuación sobre los demás.

El envejecimiento normal no da lugar a cambios específicos de la personalidad, por lo general, los valores y los rasgos personales tienen un carácter estable por lo menos desde la mediana edad en adelante, algunas investigaciones indican que, aunque la personalidad básica es estable por lo menos se producen algunos cambios con la edad.

La adaptación a los cambios evolutivos es más difícil debido a los mitos que giran alrededor de la vejez. Las concepciones erradas acerca de la vejez son diversas y afectan las actitudes de los profesionales de la salud, el público en general y los medios de comunicación, algunos mitos son:

La mayoría de los ancianos son seniles, senilidad es un término lego e inadecuado, la mayoría de los adultos maduros carecen de trastornos mentales y menos del 20% tiene disminución de la memoria.

El mito de la improductividad, muchos adultos maduros siguen siendo productivos y tienen menos ausentismos, mejor rendimiento y menor frecuencia de accidentes

relacionados con el trabajo, podrían ser más productivos si la sociedad y la práctica comercial mantuviera los puestos de trabajo.

Los adultos maduros son inflexibles o rígidos, este concepto no ha sido confirmado por estudios realizados en adultos maduros sanos, la capacidad para el cambio y la adaptación tiene escasa relación con la edad, dependen del carácter de toda la vida. Las personas siguen abiertas a los cambios y los pueden experimentar ante acontecimientos importantes en mayor medida que en los años juveniles.

Desarrollo Cognitivo durante la madurez.

La capacidad para aprender y resolver problemas se suele conservar con la edad, puede ser más difícil la resolución de problemas si se debe atender a varios simultáneamente, pueden disminuir ciertas capacidades específicas como la percepción espacial y las tareas de decodificación, otras destrezas como la inteligencia cristalizada (adquirida mediante la educación y la cultura), permanecen estables, la flexibilidad cognitiva, la capacidad de cambiar de forma de pensar permanece estable.

Las personas mayores tienen una menor predisposición para conjeturar y no responden preguntas ambiguas con la edad, la memoria de corto plazo declina y se conserva la de largo plazo.

Las principales situaciones especiales de esta etapa son los temores a los diferentes procesos:

1. **El temor a la muerte;** No es exclusivo de los ancianos, pero su proximidad se hace evidente.

2. **El miedo a la invalidez o a enfermedades crónico degenerativas**, que lo pueden llevar a depender de la familia y la sociedad para sobrevivir.
3. **Miedo a la soledad y al aislamiento**; este fenómeno lo describe Soler cuando dice " la vejez genera soledad, lo anterior nada tiene que ver con el estar ó no en compañía de otras personas, pues la mayoría de los ancianos que ha tenido hasta diez hijos se encuentran mental y psicológicamente solos".
4. **La pérdida del cónyuge**; representa el final de importantes tareas en la vida del hombre y la mujer, aumenta la soledad y disminuye el estímulo de vivir.
5. **La Independencia y el alejamiento de los hijos**; se puede considerar como un tercer suceso crítico, aumenta más la soledad que desamparado o en otros casos los envían a un lugar para ancianos.
6. **Retiro del trabajo voluntario o forzoso, con buena pensión**, es un conflicto social, individual, familiar muy grave, deja profunda tristeza y a veces depresión si no se ha preparado con tiempo para desempeñar otra actividad y si no ha establecido buenas relaciones de amistad con personas coetáneas, para seguir compartiendo con ellas a lo largo de la vida ó no se cuenta con una familia amorosa con quién compartir los ratos libres.

Promoción de la salud en la madurez .

La promoción de la salud en las personas maduras se orientan hacia el mejoramiento y la conservación de la salud en el máximo nivel funcional posible y hacia una mayor independencia, el rasgo característico de la intervención de enfermería es la educación para la salud y la promoción del cuidado de si mismo.

El éxito de la enfermera no depende solamente de las destrezas técnicas sino también de la capacidad para establecer una relación con el que aprende y motivarlo, la comunicación requiere la consideración de la capacidad del receptor para comprender los mensajes mediante el sensorio. Es importante la acomodación a los cambios porque el adulto maduro tiene disminuida la visión y la audición.

6.- El modelo de Virginia Henderson aplicado al proceso de atención de enfermería.

6.1.- Presentación del caso.

Se trata de una persona adulta mayor femenino de 61 años que se encuentra en su domicilio, con un diagnóstico de enfermería: patrón respiratorio ineficaz relacionado con la disminución de energía manifestado por fatiga en actividades cotidianas; procede una clase socioeconómica baja, estudio hasta segundo de primaria, se ha desarrollado en un medio urbano, vive con su único hijo, él cuál es la persona más importante en su vida.

Inicia su padecimiento con accesos frecuentes de tos, ocasionándole interrupción del habla, disminución de peso y palidez de tegumentos. Esta inquieta porque no puede trabajar y es el principal sostén económico de su hogar.

De acuerdo a la valoración de enfermería se encuentra con dependencia por los siguientes datos:

- Dificultad respiratoria al esfuerzo.
- Accesos de tos frecuentes.
- Alimentación deficiente en cantidad y calidad.
- Estreñimiento.
- Fuerza física disminuida.
- Insomnio.
- Desequilibrio de la temperatura corporal.

- Déficit de autocuidado.

Las causas de dificultad que se encontraron fueron:

- Falta de fuerza.
- Falta de conocimiento.

El plan de intervenciones de enfermería consistió en : orientar sobre hábitos higiénicos-dietéticos, demostrar como se realiza la terapia respiratoria (fisioterapia pulmonar, ejercicios respiratorios) y el uso del tanque de oxígeno así como fomentar el autocuidado. Durante la ejecución se logró una relación de empatía con la persona, se utilizaron varios auxiliares didácticos para la comprensión de la información como: rota folio, pizarrón, libros y material impreso.

En la evaluación se valoro el cumplimiento de los objetivos los cuales en su mayoría fueron alcanzados en su totalidad reflejándose en el mejoramiento del estado de salud de la persona.

6.2.-Valoración de las 14 necesidades humanas fundamentales.

6.2.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: I. L. G.

Sexo: Femenino

Edad: 61 años

Peso: 36kg

Talla: 1: 45 mts.

Escolaridad: 2° Primaria

Ocupación: Comerciante

Estado Civil: Separada

Religión: Católica

Lugar dentro de la familia: Madre de familia; sostén principal.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Procedencia: Oaxaca.

Fuente de información: Entrevista directa

6.2.2.-ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, LABORALES Y DE SALUD.

Historia Laboral:

Isabel ha estado la mayor parte de su vida dedicada al comercio ambulante, aproximadamente (40 años) hasta la actualidad.

Idiomas o dialectos:

Sólo habla el español y no sabe dialectos.

Actividades recreativas:

A ella lo que más le gusta es salir a pasear y visitar a sus familiares y amigos que viven en Puebla.

Características Familiares:

Su familia fue unida y se apoyaban unos a otros hasta el fallecimiento de su madre (30 años) , después sólo se apoyan 2 hermanos y ella, ella vivió durante su niñez en Oaxaca hasta los 10 años, posteriormente se traslada a la ciudad de México, contrae nupcias y tiene un hijo. Actualmente sólo vive con su hijo ya que es separada, los cuales se dedican al comercio ambulante.

Características ambientales:

Vive en casa propia de una planta, en una zona urbana y cuenta con todos los servicio intra domiciliarios, tiene convivencia con animales (perro, gatos y pájaros) tiene buena iluminación y deficiente ventilación, el techo es de láminas de cartón, la casa es habitada por ella y su hijo que tiene la edad de 25 años.

Accesibilidad a los servicios de salud:

No tiene acceso fácilmente ya que en la zona donde vive esta muy retirado el centro de salud, tiene que transportarse en microbús para acudir con el médico. Refiere que prefiere curarse con medicina natural.

Cuales son los objetivos respecto a su salud?

Mejorar mi estado de salud para continuar trabajando ya que soy el principal sostén económico de mi familia y porque sólo así me siento indispensable.

6.2.3.-INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: I. L. G. Edad: 60 Peso: 36Kg. Talla: 1:45
Fecha de nacimiento: 5-11-1942 Sexo: Femenino Ocupación: Comerciante
Escolaridad: 2do. de Primaria Fecha de admisión: Hora:
Procedencia: Fuente de información:
Fiabilidad: (1-1) Miembro de la familia / persona significativa:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: **esfuerzo** Tos productiva seca: **X** Dolor asociado con la respiración: Fumador:

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día varia la cantidad según su estado emocional: Desde hace 25 años 3 al día , actualmente ya no fuma desde hace 2 años.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A:100 / 70. F.C: 78x' F:R: 26x' T :36°C.

Tos productiva / seca:

Estado de conciencia: **consciente**

Coloración de piel / lechos ungueales / penbucal: **Ligeramente pálida**

Circulación del retorno venoso:

Otros:

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): **frijoles, sopa, verduras** Número de comidas diarias: **3**

Trastornos digestivos:

Intolerancia alimentaria / alergias: **Ninguno**

Problemas de la masticación y deglución: **Si por falta de 3 piezas dentales 1 abajo y 2 molares de arriba.**

a. Patrón de ejercicio: **Ninguno**

Objetivo:

Turgencia de la piel: **Seca**

Membranas mucosas hidratadas / secas: **Secas**

Características de uñas / cabello: **Cabello seco**

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: **Disminuido por fatiga.**

Aspecto de los dientes y encías: **Encías pálidas**

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: **Regularmente cuando sufre una herida cicatriza sin problema aproximadamente en una semana.**

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 1 vez cada 3 días. Características de las heces: Escasas y duras

Menstruación: Amenorrea.

Historia de hemorragias / enfermedades renales otros: No.

Uso de laxantes: Si Hemorroides: No

Dolor al defecar / menstruar / orinar: Si al defecar

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Cuando está nerviosa le dan más ganas de orinar.

Objetivo:

Abdomen / características: Blando

Ruidos intestinales: Peristalsis disminuida.

Palpación de la vejiga urinaria: No

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No se adapta fácilmente

Ejercicio / tipo y frecuencia: No realiza ningún tipo de ejercicio.

Temperatura ambiental que le es agradable: Cuando hace calor

Objetivo:

Características de la piel: seca, arrugada y poco turgente.

Transpiración: escasa.

Condiciones del entorno físico: **Malo, vive en hacinamiento y sus láminas son de cartón.**

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

a) **Moverse y mantener una buena postura**

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: **Disminuida**

Actividades en el tiempo libre: **Ninguna**

Hábitos de descanso: **hasta las 23:00 hrs.**

Hábitos de trabajo: **8:00 - 17:00 hrs.**

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: **íntegro, con fuerza disminuida.**

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: **Disminuida.**

Posturas: **No puede estar en decúbito dorsal porque siente que le falta el aire.**

Ayuda para la deambulaci3n: **Si**

Dolor con el movimiento: **Si.**

Presencia de temblores: **Si** Estado de conciencia: **consciente**

Estado emocional: **Deprimida.**

b) **Descanso y sueño**

Subjetivo:

Horario de descanso: **No Tiene**

Horario de sueño: **23:00-6:00am.**

Horas de descanso: **---**

Horas de sueño: **6 horas**

Siesta: **No**

Ayudas: **No**

¿Padece insomnio?: **Si.**

A qué considera que se deba: **Siente que su cuerpo todavía esta enfermo**

¿Se siente descansado al levantarse?: **No**

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: **Intranquila**

Ojeras: **X**

Atención:

Bostezos: **X**

Concentración: **X**

Apatía:

Cefaleas:

Respuesta a estímulos: **X**

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

¿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**

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: **Si**

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: **Disminuida**

Vestido incompleto: **No**

Sucio: **No**

Inadecuado: **Si**

d) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: **baño c / 3 días.**

Momento preferido para el baño: **14:00 hrs. En la tarde**

Cuántas veces se lava los dientes al día: **2 veces al día.**

Aseo de manos antes y después de comer: **Si** Después de eliminar: **Si**

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? **Si**

Refiere que **si se baña diario no se le va a quitar la tos y las flemas lo que ocasiona cansancio , y además tiene que acarrear agua.**

Objetivo:

Aspecto general: **Descuidado.**

Olor corporal: **No**

Halitosis: **No**

Estado del cuero cabelludo: **Sucio y seco**

Lesiones dérmicas, qué tipo: **Ninguna.**

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: **Mi hijo**

Cómo reacciona ante una situación de emergencia: **soy hiperactiva, salvaría primero a mi hijo.**

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: **No**

En el hogar: **No**

En el trabajo: **No**

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: **No**

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: **rezando.**

Objetivo:

Deformidades congénitas: **Ninguna**

Condiciones del ambiente en su hogar: **bastantes cosas en el piso y agua tirada**

Trabajo: **Bueno**

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

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: **Separada** Años de relación: **15 años** Vive con: **su hijo**

Preocupaciones / estrés: **No tener dinero** Familiares: **Hermana**

Otras personas que puedan ayudar: **vecina**

Rol en la estructura familiar: **Madre de familia.**

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: **Si**

Cuánto tiempo pasa sola: **2 horas**

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: **Diario**

Objetivo:

Habla claro: **Si**

Dificultad en la visión: **Si** Audición: **No**

Comunicación verbal / no verbal con la familia con otras personas significativas: **Si**
existe comunicación con su hijo y hermanos.

Otros:

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: **Católica**

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: **No**

Principales valores en su familia: **Responsabilidad, honestidad, amor y generosidad.**

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: **Si**

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): **Normal de acuerdo a la edad.**

¿Permite el contacto físico?: **Si**

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: **Tiene la Biblia imágenes y libros de oraciones.**

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: **No** Tipo de trabajo: **Comerciante**

Riesgos: **Accidentes** Cuánto tiempo le dedica al trabajo: **6 horas.**

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

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

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto/: **Inquieta**

Otros:

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: **Ninguna**

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: **No**

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: **No**

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: **Completo**

¿Rechaza las actividades recreativas?: **Si**

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido participativo?: **Aspecto tranquilo y sereno**

Otros: **Su tiempo libre lo dedica a cuidar a sus animales y a rezar**

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: **3ro. De primaria**

Problemas de aprendizaje: **Ninguna**

Limitaciones cognitivas: **No**

Preferencias: leer / escribir: **leer**

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: **No**

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: **No**

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: **Si**

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: **bueno**

Órganos de los sentidos: **Completo.**

Estado emocional / ansiedad / dolor: **Deprimida.**

Memoria reciente: **le falla un poco**

Memoria remota: **No**

6.3.- DIAGNOSTICOS, OBJETIVOS, PLANEACIÓN EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

NECESIDAD DE OXIGENACION.

-Datos de Independencia. En reposo se mantiene con frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales sin alteraciones importantes observables.

Frecuencia Cardíaca: 78x

Presión Arterial: 100 / 70

Frecuencia Respiratoria: 20x

-Datos de Dependencia. Presenta accesos de tos seca y disnea debido a esfuerzo físico, también dificultad para expectorar secreciones bucofaríngeas .

Diagnóstico 1 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la energía manifestado por disnea al esfuerzo.

Objetivo: *La paciente logrará una respiración eficaz disminuyendo las actividades que le ocasionan la fatiga.

Intervenciones de enfermería:

- Explicar las actividades cotidianas y factores que aumentan la demanda de oxígeno (temperaturas extremas – estrés)
- Dar ideas al paciente para conservar la energía:
 - Sentarse cómodamente siempre que sea posible.
 - Distribuir las actividades a lo largo del día.
 - Programar adecuados periodos de reposo.
 - Alternar las tareas fáciles y difíciles a lo largo del día.
 - Conservar la oxigenoterapia según sea necesario.
- Enseñar ejercicios respiratorios profundos: inspiraciones máximas sostenidas (IMS); hacer una inspiración profunda, sostenerla por 3 segundos para forzar la apertura de los alvéolos seguida de una exhalación relajada; repetir de 3 a 4 veces cada hora mientras este despierto.

Diagnóstico 2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con incapacidad para toser eficazmente manifestado por retención de las secreciones.

Objetivos: * Mantendrá las vías aéreas libres de secreciones, durante el día.

Intervenciones de enfermería:

- Enseñar al paciente medidas para reducir la viscosidad de las secreciones:
 - * Mantener una adecuada hidratación aumentando la ingesta de líquidos de dos a tres litros al día, si no está contraindicado.
- Realizar auscultación pulmonar antes y después de que tosa el paciente.
- Valorar permeabilidad de las vías aéreas y frecuencia respiratoria.
- Mencionarle al paciente que debe de cambiar de posición cada dos horas para evitar que se le acumulen las secreciones.
- Proporcionar drenaje postural 2 a 4 veces al día para eliminar secreciones pulmonares por gravedad.
- Llevar a cabo fisioterapia pulmonar y torácica 3 veces al día.
- Aspirar secreciones por nariz, boca y faringe según sea necesario.
- Colaborar en la realización de sus ejercicios respiratorios (anexo II).
 - Respiración diafragmática.
 - Respiración con labios fruncidos.
 - Soplar con un popote dentro de un frasco con agua durante 10min.
- Ministrar e instruir sobre aerosol terapia y nebulizaciones.
- Observar presencia y características de las secreciones como: cantidad, color, consistencia y moco.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

-Datos de Independencia. Su alimentación en frecuencia es de 3 veces al día, refiere tener afinidad por las verduras, pastas y frijoles, consume poca agua y fruta.

-Datos de Dependencia. Frecuentemente debe atenerse a los alimentos que le prepara una vecina que trata de elaborarlos al gusto de ella, los cuales no contienen muchas proteínas y vitaminas porque a su hijo no le gusta lo que ella consume y prefiere comer tortas.

El horario de sus alimentos es irregular ya que la vecina también es comerciante y hasta que termina con su negocio le proporciona los alimentos, esto ha ocasionado que pierda peso ya que no come lo suficiente y su dieta no esta equilibrada ya que no tiene el recurso económico para que le preparen una dieta balanceada.

Desconoce la importancia que tiene llevar una dieta balanceada, así como el aporte calórico y energético de cada uno de los diferentes grupos de alimentos.

Diagnóstico 3 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta calórica inferior a los requerimientos corporales manifestado por pérdida de peso, palidez de tegumentos y mucosas.

Objetivos: * Ingerirá una dieta equilibrada.

Intervenciones de enfermería:

- Solicitar apoyo a su hijo para la adquisición de los alimentos y su colaboración en la preparación de los mismos.
- Orientar sobre los cuatro grupos de alimentos.
- Informar a la paciente sobre la importancia de ingerir alimentos balanceados para mantener energía y recuperar la salud.
- Elaborar conjuntamente menú para la semana, con la participación de su hijo.
- Dar orientación higiénico-dietética para la preparación de los alimentos.
- Tomar peso cada semana y anotarlo en la bitácora.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- **Datos de Independencia.** Eliminación urinaria de 5-6 veces al día en frecuencia, de características macroscópicas normales.
- **Datos de Dependencia.** Evacuación 1 vez cada 3 días, heces escasas y duras por lo que tiene que tomar laxantes artificiales, dolor al defecar y cuando esta nerviosa aumenta su eliminación urinaria pero disminuye su eliminación intestinal.

Diagnóstico 4 Estreñimiento relacionado con deficiente ingesta de fibra y falta de ejercicio.

Objetivos: * Ingerirá una dieta rica en fibra.

* Evacuara por lo menos una vez al día.

Intervenciones de enfermería:

- Verificar ingresos adecuados de líquidos (2 – 3 litros al día).
- Motivar a que ingiera una dieta balanceada rica en fibra.
- Estimular la deambulación.
- Evitar la tensión emocional prolongada.

- Informar al paciente que debe evacuar su intestino cuando éste sienta la necesidad de hacerlo.
- Observar características de las evacuaciones: cantidad, frecuencia, consistencia y color.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

-**Datos de Independencia.** Refiere que realiza actividades como comer, lavarse la cara, las manos y rezar sin la ayuda de su hijo.

- **Datos de Dependencia.** Actualmente su capacidad física esta disminuida y requiere de ayuda para la deambulaci3n, no realiza ninguna actividad en s tiempo libre y no ha podido realizar su trabajo por lo adinámica que se siente, su fuerza esta disminuida y no puede mantenerse en decúbito dorsal porque siente que le falta el aire.

Diagnóstico 5 Trastorno de la movilidad física relacionada con intolerancia a la actividad manifestado por disminución de la fuerza.

Objetivo: *Tolerara la actividad física mínima en un mes con movimientos pasivos diariamente por lo menos 5 veces al día.

Intervenciones de enfermería:

- Ayudarle a identificar patrones energéticos, pedir al paciente que puntúe su fatiga en una escala de cero a diez (0 = igual a nada cansado; 10 = agotado) todas las horas durante 24 horas.
- Ayudar al paciente a coordinar los procedimientos y actividades para acoplar los patrones energéticos.
- Enseñarle los principios generales sobre la conservación de la energía:
 - Planificación previa.
 - Establecer prioridades.
 - Programar períodos de reposo intermitentes.
 - Descansar antes de realizar tareas difíciles y detenerse antes de notar fatiga.
- Animarla a darse un baño con agua templada por la mañana.
- Enseñar estrategias concretas de conservación de la energía:
 - Hacer pequeñas y frecuentes comidas.
 - Distribuir las tareas difíciles a lo largo de toda la semana.
 - Dividir las actividades en partes y delegar algunas con su hijo.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

-**Datos de Independencia.** Duerme aproximadamente 6 horas diarias y no acostumbra a dormir la siesta.

-**Datos de Dependencia.** Son pocas las horas de sueño y además padece de insomnio por que le preocupa permanecer enferma durante mucho tiempo y siente el temor de ya no poder recuperarse para continuar con su trabajo. Refiere que siente que su cuerpo no descansa a pesar de que duerme 6 horas.

Diagnóstico 6 Deterioro del patrón de sueño relacionado con temor manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada.

Objetivos: * El paciente dormirá cada noche.

- Manifestara a ver descansado cada noche.

Intervenciones de enfermería:

- Dar a conocer la importancia del descanso durante el sueño.
- Comentar las diferencias individuales en las necesidades de sueño, basándose en los siguientes factores: Edad, grado de actividad, estilo de vida y grado de tensión.
- Favorecer la relajación:

- Propiciar un ambiente oscuro y tranquilo.
 - Permitir que escoja la almohada, las sábanas y el objeto con que le guste dormir.
 - Proporcionar los rituales reconfortantes a la hora de dormir, según sea necesario.
 - Garantizar una buena ventilación del cuarto.
 - Cerrar la puerta de la habitación si el paciente lo desea.
- Planificar intervenciones encaminadas a limitar la interrupción del sueño.
 - Facilitar al paciente por lo menos dos horas de sueño ininterrumpido cada vez.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

-Datos de independencia. Refiere que ella elige sus prendas de vestir, y que prefiere su comodidad y evitar la fatiga utilizando ropa informal.

-Datos de dependencia. Muy frecuentemente influye su estado de ánimo para elegir sus prendas de vestir ya que como se siente triste por no poder realizar sus actividades cotidianas no le dan ganas de cambiarse la ropa diariamente, ni de vestirse adecuadamente permanece la mayoría de los días con la pijama; cuando se siente muy fatigada su hijo le ayuda para que se vista o desvista y también para realizar su arreglo personal.

Diagnóstico 7 Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con cansancio manifestado por incapacidad para ponerse la ropa.

Objetivo: * Será independiente en su autocuidado al disminuir su cansancio.

- * Aumentar su autoestima motivándola a realizar sus actividades en la forma mas normal posible.

Intervenciones de enfermería:

- Valorar grado de dependencia del autocuidado.
- Mantener comunicación constante con la paciente.
- Estimular su arreglo personal.
- Orientar a la familia para que le brinde apoyo emocional.
- Facilitar tiempo para vestirse – desvestirse.
- Favorecer que ella misma realice la actividad de vestirse o desvestirse con la menor ayuda posible acercándole sus pertenencias.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Datos de independencia Prefiere que la temperatura del medio ambiente sea templado ya que los extremos le causan problemas en la salud.

Datos de dependencia No se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ya que cuando aumenta o disminuye se siente mal. Por otra parte su entorno físico no es el adecuado porque vive en hacinamiento y sus láminas son de cartón lo cual ocasiona que cuando hace frío se filtre ocasionándole accesos de tos y cuando incrementa la temperatura ambiente ella presenta elevación de su temperatura corporal a veces hasta 38.5 su piel es poco turgente y seca, la transpiración es escasa.

Diagnóstico 8 *Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ambiente externo.*

Objetivos: * Mantendrá la temperatura corporal entre 36 – 37° C .

- Estará hidratada.

Intervenciones de enfermería:

- Observar signos y síntomas de hipertermia.
 - Temperatura superior a la normal.
 - escalofríos.
 - Aumento de sudoración.
 - taquicardia.
 - Piel caliente al tacto.
- Tomar temperatura y constantes vitales.
- Aplicar medidas físicas (fomentos de agua tibia)
- Ajustar ropa interior y de cama (que sea ligera).
- Lubricar labios.
- Hidratar piel.
- Cuidados bucales.
- Motivar ingesta de líquidos de 2 a 3 litros diarios.
- Valorar signos y síntomas de deshidratación.
 - Mucosas secas.
 - Falta de turgencia en piel.
 - Globos oculares hundidos.
 - Oliguria.
 - Hipotensión, taquicardia e hipertermia.
- Dialogar las necesidades financieras con la persona y su familia e identifica fuentes de asistencia social. (Credencial del insen y credencial del adulto mayor).

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Datos de independencia. El baño lo realiza sola por las tardes de preferencia, se lava las manos antes y después de comer, también después de ir al baño. Se cepilla los dientes dos veces al día.

Datos de dependencia. Se baña cada tres días porque tiene la creencia que si se baña diario no se va a recuperar, su aspecto es desalineado porque le a crecido el cabello y no se peina con frecuencia ya que se cansa con facilidad.

Diagnóstico 9. Déficit de autocuidado en el baño relacionado con la necesidad de acarrear agua a una distancia de 4 metros / creencias personales manifestado por cansancio.

Objetivo:* La familia participará en la higiene de la paciente.

Intervenciones de enfermería.

- Informar a la familia que su apoyo es indispensable para que la paciente tenga agua a su disposición.
- Reunir al alcance de la persona los artículos de higiene personal, como jabón, toalla, peine, desodorante y crema.
- Mantenerla vigilada durante la realización del baño.
- Favorecer autonomía en el autocuidado. (uñas, cambio de ropa)
- Proporcionar cuidados al cabello, cortarlo y peinarlo.
- Motivar a la paciente a que se bañe diario explicándole su beneficio ya que proporciona relajación y descanso al cuerpo.
- Colaborar y alabar los esfuerzos de la persona en su autocuidado.

Diagnóstico 10. Deterioro de la dentición relacionado con la falta de piezas dentales manifestado por falta de recursos económicos.

Objetivos: La paciente asistirá al dentista.

Intervenciones de enfermería:

- Mencionarle a la persona la importancia que tienen las piezas dentarias para ingestión y deglución de los alimentos.
- Mencionarle la importancia de cepillarse los dientes tres veces al día y principalmente antes de dormir.
- Enseñarle el cepillado correcto de los dientes.
- Brindar información sobre el centro de apoyo donde el costo de dientes no es elevado.
- Informar a su hijo sobre la importancia que tienen los dientes para que la apoye en la adquisición de los mismos.
- Orientar sobre el uso de placa parcial o total.
- Motivar a la persona a que consulte al dentista lo antes posible para que le proporcione alternativas respecto a la falta de sus piezas dentarias.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Datos de independencia: Tiene integridad neuromuscular por lo que posee estabilidad psicomotora, los órganos de los sentidos están presentes. Se siente segura y protegida por que su hijo esta con ella.

cuando se presenta una situación de urgencia es hiperactiva solo piensa en el bienestar de su hijo.

Reza frecuentemente para disminuir su ansiedad.

Datos de dependencia: Las condiciones del ambiente en el hogar son bastante riesgosas ya que se encuentran cosas colocadas en el piso y agua tirada en el patio que le puede ocasionar un accidente. Solo asiste al médico cuando esta enferma.

Diagnóstico 11. Riesgo de lesión relacionado con malas condiciones en el ambiente del hogar.

Objetivo: * Conocerá las medidas de prevención y los riesgos de una caída

Intervenciones de enfermería.

- Colaborar con la persona y su familia a evaluar su hogar en busca de factores que constituyan una amenaza a la seguridad de salud.
- Adecuar entorno con la colaboración de su hijo.
- Elaborar conjuntamente con la persona una lista de las tareas de mantenimiento que se requieran con el fin de mantener un ambiente seguro.
- Informar al paciente de los riesgos de caídas.
- Informar al paciente y familia de las complicaciones que causan las caídas.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Datos de Independencia Se comunica frecuentemente con su hijo y sus dos hermanos; les informa sobre sus inquietudes, problemas y satisfacciones.

A menudo recibe visita de personas que conviven con ella en el trabajo.

Su función dentro de la familia es la de principal sostén económico y moral.

Datos de dependencia. Si se valoro pero no se encontraron datos de dependencia.

Grado de dependencia: Independiente.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Datos de independencia La paciente vive de acuerdo a sus valores, es congruente con lo que dice. Pertenecer a una secta religiosa donde recibe todo el apoyo espiritual que necesita. Su expectativa de vida es vender su casa en un futuro para disfrutar de su vejez en provincia.

Datos de dependencia. Se valoró pero no se encontraron datos de dependencia.

Datos de dependencia: Independiente.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Datos de independencia: Su ocupación es vendedora ambulante en una escuela, trabaja de lunes a viernes de las 8am a las 17:00 PM; esta conforme con lo que a realizado en el transcurso de su vida.

Datos de dependencia: Actualmente depende económicamente de su hijo ya que por su enfermedad no a trabajado y esta preocupada porque ella es el sostén principal de su familia. Su estado emocional es de inquietud porque no sabe hasta cuando podrá trabajar.

Diagnóstico 12. Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad.

- Objetivos:**
- * La paciente mantendrá su autoestima todos los días.
 - * Comunicará sus dudas y temores diarios.
 - * Participará en su autocuidado diariamente.

Intervenciones de enfermería:

- Desarrollar un plan para enseñarle a la persona a identificar sus fortalezas potenciales.
- Colaborar con la persona a realizar una lista escrita de sus propias fortalezas.
- Promover la expresión de sentimientos y escuchar a la paciente.
- Alertar el uso de un diario en el cual la persona registre un logro exitoso del día.
- Brindar apoyo psicológico sobre su situación actual.
- Hablar con la paciente sobre su nuevo rol e informar que la situación es de forma temporal.
- Identificar a la persona en quien confía para que trabaje con ella con el fin de mejorar la autoestima.
- Responder las preguntas y dudas del paciente.
- Fomentar la participación en actividades.
- Favorecer autonomía en el autocuidado.
- Proporcionar retroalimentación a la persona con el fin de cambiar la conducta de evaluación negativa.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Datos de independencia: La paciente se encuentra íntegra en su sistema músculo esquelético. su tiempo libre lo dedica a cuidar a sus animales que son dos perros, dos gatos y un pájaro, así como a rezar sus oraciones.

Datos de dependencia: No realiza ninguna actividad recreativa por que no existen en su comunidad centros recreativos y nunca tuvo el habito de hacer ejercicio. menciona que prefiere rezar sus oraciones y no salir de su casa.

Diagnóstico 13 Déficit de actividades recreativas relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas/ estado de ánimo manifestado por no salir de su casa.

Objetivo: * La paciente estará informada de los recursos de ocio disponibles.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar los intereses, los pasatiempos que la persona disfruta o que a disfrutado en el pasado.

- Dialogar sobre el valor de las actividades de recreación para la salud mental y física de persona.
- Informar de los recursos lúdicos existentes.
- Fomentar la participación en actividades.
- Identificar gustos y preferencias de ocio.
- Favorecer el uso de medios propios.
- Motivar a la familia y a los amigos a que la visiten, la ayuden con las actividades, le proporcionen libros y revistas que le gusten a la persona.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Datos de independencia. Su nivel de educación es tercero de primaria, sabe leer y escribir; su sistema nervioso y órganos de los sentidos están íntegros.

Datos de dependencia. Le agrada leer pero su nivel socioeconómico no le permite tener los recursos para comprar libros.

Desconoce su problema de salud pero tiene interés en resolverlo. No conoce fuentes de apoyo para el aprendizaje.

Diagnóstico 14. Conocimientos deficientes sobre su enfermedad relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por verbalización del problema.

Objetivos: * Manifestara entender la información transmitida.

* Demostrara comprensión de los cuidados.

Intervenciones de enfermería:

- Informar al paciente sobre su enfermedad, cuidados y tratamientos.
- Evaluar el nivel de conocimiento o capacidad de la persona.
- Evaluar las capacidades cognitivas (capacidad para aprender) de la persona.
- Valorar la disponibilidad de la persona para aprender.
- Proporcionar al cliente la oportunidad de verbalizar la ansiedad y de enfrentarla antes de intentar la enseñanza.
- Interrogar a la persona sobre lo que quiere aprender respecto a los cuidados de salud.
- Jerarquizar las necesidades de aprendizaje de la persona.
- Elaborar un plan de enseñanza específico para la persona.
- Programar las sesiones de enseñanza con la persona y su familia u otras personas importantes.
- Dar apoyo y elogios honestos durante la instrucción.
- Proporcionar las oportunidades a las personas para que realice preguntas dentro de un ambiente de aceptación y sin juicios.

- **Evaluar el aprendizaje mediante la elaboración de preguntas o pidiéndole a la persona una demostración de lo aprendido.**
- **Instruir sobre signos y síntomas de las complicaciones mas frecuentes.**
- **Instruir sobre la oxigenoterapia.**
- **Instruir sobre administración de inhaladores.**
- **Instruir sobre cuidados de la piel.**
- **Instruir sobre movilización.**
- **Instruir sobre nivel apropiado de actividad.**
- **Instruir sobre signos y síntomas de tolerancia e intolerancia a la actividad.**
- **Instruir sobre alimentación y nutrición.**
- **Responder las preguntas y dudas del paciente**

EJECUCIÓN.

En esta etapa se puso en práctica el plan de intervenciones elaborado previamente, cuya finalidad fue conducir al paciente hacia la última satisfacción de sus necesidades y así poder recuperar la independencia. Para tal caso, se informo y se solicitó la cooperación y autorización del paciente y su familia.

Se fijaron objetivos de acuerdo a sus necesidades prioritarias y se realizaron las intervenciones planeadas para la satisfacción de sus necesidades, por medio de visitas domiciliarias, una por semana en un plazo de dos meses de las cuales se sigue realizando una cada ocho días.

Se llevó una bitácora personal en la que se anotaron las respuestas y mejoras del cliente , lo cual facilitó una evaluación continúa para mantener actualizado el Plan de Atención de Enfermería.

Durante la fase de ejecución la comunicación con el cliente y los miembros de la familia fue muy buena y tuvo muchísima importancia, ya que gracias a esta se tuvieron relaciones significativas enfermera-cliente debido a la comunicación funcional, terapéutica y pedagógica.

La comunicación funcional se llevó a cabo cuando se realizó la entrevista y en cada ocasión que nos veíamos explicándole las intervenciones a que se someta. En la comunicación terapéutica o relación de ayuda se estableció un clima de confianza y respeto donde prevaleció la comprensión. Se le brindó apoyo y se le motivó a seguir adelante para ser independiente y satisfacer sus necesidades. Por último, en la comunicación pedagógica se proporcionó información sobre su problema de salud y

tratamiento y se brindó enseñanza sobre cuidados generales referentes a alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos disponibles para potenciar el estado de salud del paciente, manteniendo en todo momento, el respeto a la ideología, creencias e individualidad del paciente y su familia.

EVALUACIÓN.

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación del presente plan de Atención de Enfermería se realizó de acuerdo al cumplimiento de los objetivos planeados en cada uno de los diagnósticos de Enfermería detectados: a continuación, se mostrarán los resultados obtenidos siguiendo el mismo orden de los diagnósticos señalados:

Diagnóstico 1. Patrón Respiratorio Ineficaz relacionado con fatiga manifestado por disnea.

El objetivo planteado en este diagnóstico, se cumplió ya que al no realizar en su totalidad sus actividades cotidianas disminuyó la fatiga y su respiración fue normal. La paciente colaboró satisfactoriamente en sus técnicas de respiración y comprendió los factores que aumentan la demanda de oxígeno. Se brindó orientación a su hijo y a ella sobre las medidas de urgencia que se deben tomar en caso de presentar algún trastorno de la oxigenación; esta orientación se enfocó básicamente a los signos y síntomas que determinan un trastorno fisiopatológico de las vías aéreas, así como la capacitación a la familia sobre el uso de tanque de oxígeno, su cuidado y los accesorios que deben estar preparados en caso de urgencia. Es importante señalar que para tal capacitación la paciente cuenta con un tanque de oxígeno portátil.

Diagnóstico 2. Limpieza Ineficaz de las vías aéreas relacionado con incapacidad para toser eficazmente manifestado por retención de las secreciones.

El objetivo planeado en este diagnóstico se cumplió totalmente ya que la paciente tiene libre de secreciones las vías aéreas. La paciente logro mantenerse libre de secreciones orofaríngeas porque comprendió la importancia de beber líquidos, realizar ejercicios respiratorios y drenaje postural.

Diagnóstico 3. Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta calórica inferior a los requerimientos corporales manifestado por pérdida de peso, palidez de conjuntivas mucosas.

Los objetivos planteados en este diagnóstico fueron completamente satisfechos; la paciente logro comprender que su bajo peso le ocasionaría más debilidad ya que su organismo no tendrá la energía suficiente para realizar sus actividades; también entendió que los alimentos deben ser variados y balanceados. La paciente decidió someterse a un programa nutricional recibiendo la asesoría de una nutrióloga que prescribió una dieta balanceada de 1800 calorías.

En un lapso de dos meses que abarcó del once de febrero al seis de abril del 2003 la paciente logró incrementar su peso de 36kg. a38kg.

Dicho programa de alimentación seguirá llevando una evaluación periódica cada mes, hasta llegar a alcanzar un peso que oscile entre 42 a 45kg. en los próximos seis meses.

Su hijo expreso su deseo de colaborar con la paciente y comprendió la importancia de su participación y la forma en que podía hacerlo, su función fue la de comprar los alimentos y prepararlos en algunas ocasiones y principalmente en compartir el nuevo régimen alimenticio del cliente.

Diagnóstico 4. Estreñimiento relacionado con deficiente ingesta de fibra y falta de ejercicio.

Los objetivos planeados en este diagnóstico se cumplieron en su totalidad ya que la paciente al consumir una dieta balanceada rica en fibra mejoro su eliminación, evacuando una vez al día de consistencia blanda y sin realizar esfuerzos. También comprendió la importancia de tomar líquidos y de evacuar cuando sienta la necesidad de hacerlo.

Diagnóstico 5. Trastorno de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad manifestado por disminución de la fuerza.

El objetivo referente a este diagnóstico se cumplió parcialmente, pero gracias al apoyo de su hermana e hijo se realizó un programa de ejercicios físicos con base a la capacidad motora de la paciente. Dicho programa se esta llevando a cabo mediante sesiones semanales e incluye ejercicios de relajación y resistencia

muscular, hasta el momento se logro que realice algunas actividades sin llegar al cansancio.

Diagnóstico 6 Deterioro del patrón de sueño relacionado con temor manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.

Los objetivos que se plantearon en este diagnóstico se cumplieron parcialmente porque la paciente venció su temor al comprender que esta realizando todas las indicaciones para su recuperación, pero no siente que descansa ya que no esta acostumbrada a realizar pocas actividades durante el día y refiere que cuando se acuesta no tiene sueño.

Diagnóstico 7 Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con cansancio manifestado por incapacidad para ponerse la ropa y los zapatos.

Los objetivos planeados en este diagnóstico se cumplieron satisfactoriamente ya que se logró que la paciente se mantenga motivada, elija su ropa y se cambie, aunque debe hacerlo poco a poco para no llegar al cansancio. Su hijo colaboro bastante ya que comprendió la importancia de la comunicación y paciencia para que la paciente realice sus actividades.

Diagnóstico 8 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ambiente externo.

Los objetivos planteados se lograron completamente ya que la paciente se ha mantenido con 36.5°C de temperatura y está tomando de 2 a 3 litros diario de agua. La paciente comprendió que en la estación de primavera deberá utilizar ropa delgada para evitar que su temperatura corporal aumente. También su hijo colaboro en tomarle la temperatura cuando sentía que su piel estaba caliente; y comprendió que debe trabajar arduamente para lograr cambiar las laminas de cartón por unas de asbesto.

Diagnóstico 9 Déficit de autocuidado en el baño relacionado con la necesidad de acarrear agua a una distancia de 4 metros / creencias personales manifestado por cansancio.

El objetivo planteado en este diagnóstico se logro satisfactoriamente ya que la familia (hijo y hermanos) comprendieron que deben de colaborar con ella, proporcionándole los medios para que realice su autocuidado, en este caso fue extraer el agua de un pequeño orificio que la paciente había hecho tiempo atrás para que cayera más seguido el agua y que ahora por su condición no puede sacarla sola; por lo que proporcionándole agua se baña cada tercer día.

El corte de cabello le ayudó a que ella misma se pueda peinar y no se fatigue.

Diagnóstico 10 Deterioro de la dentición relacionado con la falta de piezas dentales manifestado por falta de recursos económicos.

Los objetivos planeados se lograron parcialmente ya que la paciente asistió al dentista pero no le han colocado los dientes porque no tiene los recursos económicos para su adquisición. Su familia y su hijo se mostraron unidos en este aspecto y mencionaron que le brindarían el apoyo necesario para que se los coloquen a la brevedad posible.

Diagnóstico 11 Riesgo de lesión relacionado con malas condiciones del ambiente en el hogar.

El objetivo planeado se cumplió en su totalidad ya que la paciente comprendió que para evitar una caída debe colocar las cosas en su lugar y no en el suelo, como también no tirar agua. Su hijo colaboro en este aspecto quitando las cosas del paso de la paciente y secando donde hay agua; ambos mencionan que no habían pensado que fuera peligroso. Es muy reconfortante observar que la paciente y su hijo se muestran más unidos que antes.

Diagnóstico 12 Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad.

Los objetivos parecen estar cumpliéndose en su totalidad, ya que debido a la comunicación constante que existe entre su hijo y ella ha contribuido a mejorar su estado de ánimo y ha sentirse nuevamente importante aunque no trabaje actualmente, pero con realizar su autocuidado se siente menos dependiente y más valiosa.

La paciente expresa que está viviendo un momento muy difícil ya que ella siempre ha trabajado y no le gusta depender de su familia ni de su hijo. A pesar de lo anterior la paciente menciona que últimamente la convivencia familiar es más frecuente y el ambiente familiar más agradable lo que la hace sentirse en confianza por lo que probablemente acepte la ayuda de su familia.

Diagnóstico 13 Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas / estado de ánimo manifestado por no salir de casa.

El objetivo se cumplió satisfactoriamente ya que la paciente aceptó la información de los lugares disponibles donde puede asistir a realizar alguna actividad de su agrado. Refiere que ir cada semana porque no está acostumbrada a asistir a un centro cultural y se le hará un poco difícil iniciar esta nueva actividad pero está motivada ya que menciona que quiere aprender manualidades para que los artículos que haga los

pueda vender u obsequiar. Prefiere salir en paseo con sus amistades y su hijo porque convive más con él y el aire que respira es más saludable.

Diagnóstico 14 Conocimientos deficientes sobre su enfermedad relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por verbalización del problema.

Los objetivos planteados se cumplieron en su totalidad ya que se le brindó la información a la paciente sobre su enfermedad y ella demostró comprender él porque de sus cuidados. Se evaluaron sus conocimientos a través de preguntas y respuestas directas también se aclararon dudas sobre su patología y sobre los cuidados que se le indicaron.

7.- CONCLUSIONES.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería beneficio a mi paciente, ya que me guió paso a paso para proporcionarle una atención de calidad identificando sus problemas, elaborando sus diagnósticos, planeando mis intervenciones y ejecutándolas oportunamente; también permitió un control de su atención de enfermería que me ayudo a evaluar la calidad de sus cuidados.

Durante el desarrollo de este proceso hubo algunos factores que limitaron su aplicación como el tiempo, la distancia y el estado de ánimo que continuamente presentaba la persona y que había que motivarla para seguir adelante. Las facilidades que encontré fue que hubo participación de su familia e hijo. Ayudó a la persona a darse cuenta de que su participación es sumamente importante para el logro de los objetivos.

Al concluir el presente proceso de atención de enfermería me di cuenta de lo importante de lo que es mi profesión para colaborar con la optima recuperación de un ser humano, también que es imprescindible tener vocación intuición, creatividad, habilidad y paciencia para abordar al individuo desde un enfoque holístico.

En lo personal la realización de este trabajo me brindo grandes satisfacciones ya que no solo cumplí con un requisito de titulación, sino que fui capaz de darme cuenta que puedo beneficiar a cada uno de mis pacientes desarrollando el proceso de enfermería con base a sus 14 necesidades. El hecho de haber concluido este trabajo no quiere decir que dejare de proporcionar la atención a la persona y su familia ya que de mi parte existe el compromiso ético y moral de seguir evaluando el proceso hasta alcanzar en su totalidad los objetivos planeados.

Finalmente quiero mencionar y reiterar que hoy en día es un compromiso para el gremio de enfermería profesionalizarse para llegar a cabo día con día un plan de atención de enfermería con bases científicas, criterio y juicio ético pero sobre todo con vocación y amor a nuestra profesión.

8.-SUGERENCIAS.

- Simplificar los trámites administrativos para la titulación en la licenciatura de enfermería, ya que la mayoría somos mujeres y tenemos diversos roles los cuales son importantes llevarlos a cabo y actualmente el tiempo que se requiere para dichos tramites son de varias horas e incluso días.
- Fomentar en los estudiantes, pasantes y egresados de la carrera de licenciatura de enfermería la aplicación del proceso de atención de enfermería como una forma sistemática de diseñar y aplicar los cuidados individualizados que requieren los pacientes con base a sus necesidades fundamentales.
- Dar mayor difusión al proceso de atención de enfermería para que el personal de enfermería tome más conciencia de su profesión y no asuma roles que no le corresponda.

9.-BIBLIOGRAFIA.

1. ALFARO Lefevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero, 4ª ed, Ed Masson México 2002. PP 253.
2. ANN Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería, 3era ed, Ed Mosby Doyma, España 1994. PP 120.
3. BALDERAS Pedrero Ma de la Luz Administración de los servicios de enfermería, 3era ed, Ed Interamericana Mc-Graw Hill 1995 PP206.
4. BEARE, Myers, Enfermería principios y práctica fundamentos en el cuidado del adulto, ed Panamericana Tomo 1- Mexico 1993. PP235.
5. BRUNNER L.S, Suddarth D.S; Manual de enfermería medico-quirúrgica, 4ª ed, Ed Interamericana México 1984. PP1532.
6. CARPENITO Juall Linda Planes de cuidados y documentación en Enfermería, 1ª ed, Ed Interamericana Mc Graw – Hill 1994. PP 754.
7. CATHERINE Parker Anthony Anatomía y fisiología, 10a ed, Ed Interamericana México 1983. PP 675.
8. PHANEUF, Margot, cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, Ed Mc Graw-Hill, Madrid 1993. PP 191.
9. DERRICK Tover L. A. Enciclopedia Praxis Medicas, Ed Mc Graw – Hill 1999. PP 1100.
10. DOMINGUEZ Rubio Severino teorías y modelos para la atención de enfermería Antología, División de universidad abierta 2002. PP 335.

11. DONAHUE M. Patricia, historia de la enfermería, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona, 1988. PP 450
12. FERNÁNDEZ Ferrin Carmen, et. al.. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería, Ed Masson-Salvat 1995. PP 135.
13. GISPERT Carlos, et. al.. Diccionario de medicina, Ed Océano Barcelona 1999. PP 1504
14. GISPERT Carlos, et. al.. Enciclopedia de la enfermería, Ed Océano / Centrum, Tomo 1 PP 192.
15. IYER Patricia W; et. al; Proceso y diagnostico de enfermería, 3ª ed, Ed. Mc. Graw-Hill interamericana, México 1997. PP 315.
16. KNOPFLER Crespo Silvia, Apuntes de Metodología de la investigación, UNAM FESZ 200. PP 55.
17. NORTH America Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros de la NANDA definiciones y clasificaciones 2001-2002, Ed Harcourt 2001. PP 264.
18. SEGURA Salas Susana, Seminario de tesis antología, 4ª ed, División universidad abierta 2000. PP 248.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: _____ Fuente de información: _____

Fiabilidad: (1-1) _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

e) Oxigenación

Subjetivo:

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

Fumador: _____

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día varia la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / penbucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

f) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de caracterización: _____

Otros: _____

g) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales otros: _____

Uso de laxantes Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

h) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

f) **Moverse y mantener una buena postura**

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

g) **Descanso y sueño**

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

h) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

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

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

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

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

i) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo: _____

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

Otros: _____

j) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de emergencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?:

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

f) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

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

Preocupaciones / estrés: Familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuánto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

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

Otros: _____

g) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

Otros: _____

h) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

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

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

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto/: _____

Otros: _____

i) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido participativo?: _____

j) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: No tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

ANEXO II.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

La rehabilitación por medio de ejercicios de respiración entraña la práctica de ejercicios que se hacen para corregir las deficiencias respiratorias y aumentar la eficacia.

Con estos ejercicios se busca estimular la relajación muscular, disipar la ansiedad, eliminar las pautas inútiles e incoordinadas de la actividad de los músculos de la respiración, entretener la frecuencia respiratoria y disminuir el trabajo de la respiración. La respiración lenta, relajada y rítmica también es útil para controlar la ansiedad que existe cuando el sujeto es disneico. Los ejercicios respiratorios pueden practicarse en varias posiciones, ya que la distribución del aire y la circulación pulmonar varían según la posición del tórax.

Instrucciones a la persona.

Se indicará a la persona que respire en forma lenta, rítmica y relajada para permitir la espiración y el vaciamiento más completo de los pulmones. Se le pedirá que siempre inspire por las fosas nasales, pues por medio de ellas se filtra, humidifica y calienta el aire. Si el sujeto sufre falta de aire se le pedirá que interrumpa los ejercicios hasta que normalicen sus pautas de respiración.

Respiración diafragmática

Con este tipo de respiración se busca aumentar el empleo del diafragma durante éste fenómeno. La respiración diafragmática puede volverse automática con práctica y concentración suficientes.

Se pide al enfermo que:

1. Coloque una mano sobre el estómago (exactamente por debajo de las costillas) y la otra en la zona media del tórax. Esta maniobra permite comprobar el movimiento del diafragma y aumenta la función respiratoria.
2. Inspire en forma lenta y profunda por las fosas nasales, dejando que el abdomen se relaje hasta donde sea posible.
3. Espire con los labios fruncidos en tanto contrae los músculos abdominales. Con las manos comprimirá con firmeza hacia dentro y hacia fuera en el abdomen, en tanto espira o expulsa el aire.
4. Repetir por un minuto; después de ello un periodo de descanso de dos minutos. Trabajar durante 10 minutos, cuatro veces al día.

Respiración con labios fruncidos

La respiración con los labios fruncidos (respiración a presión positiva), que mejora el transporte de oxígeno, es útil para producir respiraciones lentas y profundas y también para combatir la disnea en tanto el sujeto camina o sube escaleras.

La *respiración* con los labios fruncidos se hace con el fin de entrenar los músculos de la espiración, prolongar esta fase de la respiración, aumentar la presión de vías aéreas durante ella y aminorar así el grado de "atrapamiento" y resistencia de vías aéreas.

Se orienta a la persona de este modo:

1. Inspirará por las fosas nasales y espirará lentamente y en forma uniforme contra los labios fruncidos, en tanto contrae los músculos abdominales. Fruncir los labios hace que aumente la presión intraalveolar.
 2. Contará hasta siete en tanto prolonga la espiración con los labios fruncidos .
 3. Se sentará en una silla, con los brazos en el abdomen.
- a) Inspirará por la nariz y espirará lentamente con los labios fruncidos mientras flexiona el tronco moderadamente, y contará hasta siete.
4. En tanto camina.
 - a) Inspirará mientras sube dos escalones.Expulsará el aire con los labios fruncidos en tanto asciende cuatro o cinco escalones.