



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UNA PERSONA ADULTA MAYOR CON PERFUSIÓN
TISULAR INEFECTIVA PULMONAR**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
ANGELINA CHÁVEZ RÍOS
NO. DE CUENTA: 402121668**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. LUZ MARÍA HERNÁNDEZ RAMÍREZ**



MEXICO, D.F.

2005

m 349441



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al creador del universo por haberme iluminado y permitirme llegar ha este momento, muy especial para mi y mis seres queridos.

A mis padres, hermanos, cuñadas, sobrinos(as) por su apoyo incondicional, comprensión, cariño y aliento para continuar en el camino con firmeza y entereza y no desistir en los momentos difíciles.

A mis amigas y amigos, por su comprensión, apoyo moral y físico con el cual he contado en todo momento de mi trayectoria profesional y momentos personales, a los cuales los considero parte de mi familia.

A mis compañeras(os) de trabajo y de servicio, por el apoyo que me brindaron en el área operativa, para la culminación de este proyecto.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Angelica Cruz Ríos

FECHA: 28-10-05

CIUDAD: Guatemala

DEDICATORIA

A las profesoras(es), de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por sus enseñanzas y compañerismo compartido.

Un agradecimiento muy especial a la Lic. Bertha Cruz López coordinadora del Sistema de Universidad Abierta de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por su confianza otorgada en todo momento, sin la cual no se estaría cerrando este capítulo.

A la asesora, Lic. Luz María Hernández Ramírez de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por su dedicación, confianza, paciencia y espiritualidad con la cual se sumo no restando al llegar a la meta.

Gracias

INDICE

1.	Introducción.....	4
2.	Objetivos.....	6
3.	Metodología.....	7
4.	Marco teórico.....	
	4.1. Antecedentes históricos del cuidado de enfermería.....	9
	4.2. Definición de enfermería.....	11
	4.3. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....	12
	4.3.1. Aplicación del modelo de Virginia Henderson.....	15
	4.4. Definición del proceso de enfermería.....	16
	4.4.1. Proceso Atención de enfermería.....	17
	4.5. Etapa de crecimiento y desarrollo de la persona adulta mayor.....	18
	4.5.1. Cambios físicos.....	19
	4.5.2. Cambios psicosociales y espirituales.....	21
	4.5.3. Pérdidas en la Vejez.....	23
5.	Desarrollo del Proceso de Enfermería.....	
	5.1. Presentación del caso clínico.....	25
	5.2. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	25
6.	Conclusiones.....	50
7.	Sugerencias.....	51
8.	Glosario.....	52
9.	Bibliografía.....	54
10.	Anexos.....	56

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado que proporciona la enfermera, esta constantemente la búsqueda de mejora del mismo, integrando los conocimientos teóricos y metodológicos adquiridos en su desarrollo profesional, dirigido a mejorar los estándares de calidad del proceso atención de enfermería y la identidad de la misma profesión.

Con la utilización del Proceso Atención de Enfermería, que es un método sistematizado del cuidado a la persona sana o enferma en cualquier etapa de crecimiento y desarrollo de la vida, que tiene como meta identificar las necesidades reales y potenciales para la salud del individuo, la familia y de su entorno; buscando mejorar las condiciones de satisfacción y bienestar de la persona en forma holística.

Este Proceso Atención de Enfermería se desarrolla en una persona adulta mayor con perfusión tisular inefectiva pulmonar por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de tipo bronquitis. Eligiéndose en el Hospital General de Zona no. 53 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Medicina Interna, aplicando el modelo de Virginia Henderson para valorar las 14 necesidades básicas humanas, con el propósito de recuperar la independencia de las necesidades dependientes identificadas de la persona, brindando cuidados de enfermería personalizados y humanos.

También se describen los conceptos básicos de la autora lo cual nos permite conocer su pensamiento y línea de trabajo de la misma, los antecedentes históricos del cuidado de enfermería que nos muestran la evolución y avances en los procesos de la enfermera profesional, la etapa de crecimiento y desarrollo de la persona adulta mayor; siendo necesario para la enfermera conocer el proceso de envejecimiento normal para contar con más herramientas que le faciliten durante la etapa de valoración, la identificación de las alteraciones o situaciones de riesgo que se pueden presentar en este ciclo de la vida, para conservar o recuperar la independencia y bienestar de la persona.

Se desarrollan las etapas del Proceso de Enfermería: Valoración de las necesidades

básicas, los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Planificación de la Ejecución de los Cuidados y Evaluación de los objetivos e intervenciones de enfermería, con la finalidad de lograr la satisfacción y bienestar de la persona.

Se incluyen las conclusiones en relación a las experiencias vividas con el desarrollo del proceso de enfermería, sugerencias para los pasantes de enfermería, un glosario, las referencias bibliográficas que sustentan el marco conceptual y los anexos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Entregar un Proceso Atención de Enfermería, como producto final, para obtener derecho a examen profesional de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Realizar, un Proceso Atención de Enfermería en una persona adulta mayor con perfusión tisular inefectiva pulmonar, hospitalizada en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona no 53; con base al modelo de Virginia Henderson. Para proporcionar cuidados de enfermería personalizados con un enfoque holístico.

2.2. Objetivos específicos

Construir diagnósticos de enfermería de acuerdo a la valoración de las necesidades dependientes de la persona.

Realizar la planeación de los cuidados de enfermería, en base a los diagnósticos de la NANDA.

Evaluar los resultados de los objetivos planeados y las intervenciones de enfermería, para conocer la satisfacción y bienestar de la persona; así como la calidad de los Procesos de Enfermería.

Integrar en forma dinámica y comprometida a la familia de la persona, durante su estancia en el hospital y a su egreso.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería, se inicio recibiendo un seminario de cinco asesorías grupales periodo comprendido de marzo a junio y de agosto a octubre de 2005, se conto con cinco asesorías individualizadas, para la construcción e integración metodológica del mismo.

Iniciándose el seminario y en forma paralela, se elige una persona del sexo masculino adulto mayor con perfusión tisular inefectiva pulmonar, derechohabiente de el Hospital General de Zona no. 53 "Los Reyes" del servicio de Medicina Interna; se inicia con una entrevista de encuadre de una hora y tres visitas de una hora para integrar las etapas del proceso de enfermería. A su egreso se mantuvo comunicación vía telefónica en 3 ocasiones por 15 minutos, también se realizaron 2 visitas intradomiciliarias de 30 minutos cada una.

Se desarrolla el Proceso Atención de Enfermería: con la Valoración de la persona, aplicando un Instrumento Metodológico para la Atención de Enfermería con base al modelo de Virginia Henderson de las 14 Necesidades Básicas humanas, lo cual permitió identificar los problemas de dependencia e independencia de salud; mediante una entrevista dirigida al individuo y la familia; observación, exploración física, revisión de los resultados de laboratorio y rayos X de la persona.

Se detectaron necesidades reales y potenciales; estableciendo los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Lo que permitió planificar los Cuidados de Enfermería con la participación dinámica de la persona, la familia y la enfermera, en la etapa de Ejecución, se realizaron las intervenciones de enfermería dirigidas a la independencia de la persona, en la Evaluación, se evalúan los objetivos planeados e intervenciones de enfermería, así como satisfacción y bienestar del individuo.

Se elaboraron las conclusiones que muestran las experiencias vividas en el desarrollo del trabajo y se realizan sugerencias; para favorecer la realización de los Procesos Atención de enfermería en los pasantes de la carrera.

Se incluyó un glosario de algunas palabras específicas empleadas, las referencias bibliográficas que sustentan el marco teórico y por último los anexos: como el instrumento metodológico utilizado para la valoración y algunas técnicas de apoyo educativo realizadas con la persona y la familia.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes históricos del cuidado de enfermería

Durante toda la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayó en la mujer y en el sanador.

El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñaban en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar.

La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuación de la vida (García, 2001).

"Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierte en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos, puesto que ¿Acaso dándoles la vida no les comunican la muerte?.

Los elementos empleados por cuidadoras formaban parte de la propia naturaleza, para la higiene, el agua; para el abrigo, las pieles; para la alimentación, las plantas, y para transmitir bienestar, el contacto físico a través de la cancia.

Las referencias a los cuidados, inexistentes en épocas anteriores o cuando menos escasas en todas las culturas procedentes, son continuas a partir del inicio del Cristianismo. El auge del Cristianismo empujó, sin lugar a dudas, el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido.

Los primeros siglos de la Era Cristiana conocieron el crecimiento continuo del fervor religioso de todo el mundo. Rápidamente florecieron congregaciones, hermandades, y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. Las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como más importantes: las diaconizas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

Nueva concepción de la enfermería. La etapa oscura de la Enfermería dio paso a un nuevo concepto de cuidados, preconizados por los reformadores modernos.

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de

cuidadores. De una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.

En el siglo XIX se inició una enfermería enseñada por principios. En este aspecto tiene gran significado histórico el libro *El arte de la enfermería*, escrito por los hermanos de la Orden de San Juan de Dios en el año de 1833, y cuyo fin fue instruir a los enfermeros de esta Orden sobre el cuidado a los enfermos. Los contenidos de esta obra, entre otros, describen las formas de administrar la alimentación a los enfermos, aplicación de los fármacos prescritos, realización del aseo y consuelo del espíritu.

Reformadores de la enfermería. En el siglo XIX se inició un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería con distintas corrientes de opinión. Los médicos, el clero y los ciudadanos filantrópicos, abogaban por el establecimiento de sistemas de enfermería de diferente naturaleza. Mientras unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos, otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas, preparadas y auspiciadas por el poder civil.

Esta preocupación civil dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la enfermería. Fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Intentan y consiguen la reforma, entre otros, el matrimonio Fliedner, Florence Nightingale y las órdenes surgidas de la Edad Moderna.

La persona de Florence Nightingale (13 de mayo de 1820-13 de agosto 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y "exclusivamente vocacional".

Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras (Collière, 1993).

Desde la segunda mitad de siglo XX la enfermería nos presenta un panorama de hechos que de forma vertiginosa y simultánea han ido cristalizando la enfermería como una disciplina (Quezada, 1997).

En este momento forma parte de nuestro "quehacer" como enfermeras el, intentar iluminar, a la luz de la historia, el "contenido propio" de nuestra disciplina tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado como, donde, porque y para que (Dominguez, 1986).

Todo cuidado de Enfermería obliga a encontrarse con lo desconocido de los seres humanos. Para aprender y comprenderlos y buscar con ellos su trayectoria de vida "necesitamos un método que nos ayude a pensar en la complejidad de lo real y no deshacer esa complejidad que nos lleve a mutilar lo real" (Collière, 1993).

Cabe hacer la aclaración que el cuidado de enfermería, ha cambiado su historia en cuestión de género, en sus orígenes, era exclusivo de mujeres, actualmente cada día incursionan hombres con espíritu de vocación.

Considero, que es significativa y relevante la evolución de los cuidados otorgados a las personas desde los tiempos de la prehistoria y a través de los siglos, con el empleo del Proceso Atención de Enfermería, los cuidados proporcionados a la persona, familia y comunidad sana o enferma en cualquier etapa de la Vida se garantiza una calidad en la atención del individuo buscando su salud, bienestar y satisfacción con un enfoque holístico.

4.2. Definición de Enfermería

Virginia Henderson (1961) dice: "enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación a su muerte pacífica, actividades que el podría ejecutar por sí mismo si tuviera la voluntad o los conocimientos necesarios para ello...Hacer todo esto de tal manera que ayude a la persona a alcanzar su independencia tan rápido como sea posible".

Existen muchos y variados conceptos de la enfermería; en todos ellos se presupone un cuerpo de conocimientos que deben ser aplicados en las diferentes áreas o campos de acción. También se describen niveles de aplicación científica del conocimiento (Balderas, 1998).

Enfermería, desde mi punto de vista es una disciplina y arte encargada del cuidado holístico del individuo, familia y comunidad sana o enferma en cualquier etapa de desarrollo de la vida y situación buscando armonizar y satisfacer sus necesidades, fomentando el autocuidado y cuando existe una desviación de la salud asistiéndolo, sin suplir a la persona, buscando su integración armónica.

4.3. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Desde la orientación teórica del modelo de Virginia Henderson y metodológica del método científico con una visión integrada que permite que la actuación de enfermería sea vista como un proceso de construcción del conocimiento.

"La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible."

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

-Persona

Necesidades Básicas

-Salud

Independencia

Dependencia

Causa de la dificultad o problema

-Rol profesional

Cuidados Básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

-Entorno

Factores ambientales

Factores socioculturales

La persona y las 14 Necesidades Básicas

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como el ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tienen 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar los peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es

posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o " falta de voluntad".

Concepto de Independencia: Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Concepto de Dependencia: Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben de considerarse –al igual que los de independencia- de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe cómo confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

Las causas de la dificultad

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres posibilidades.

1. Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...".

Entorno

La autora menciona –unas veces de forma implícita y otras explícitamente– la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (la familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales...) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Se dice que están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

4.3.1. Aplicación del modelo de Virginia Henderson

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las etapas de valoración y diagnósticos, sirven de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

-El grado de independencia /dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

-Las causas de la dificultad en tal satisfacción

- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las etapas de planificación y ejecución, sirven para la formulación de objetivos en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuados y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuados a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos (Fernández, 1993).

4.4. Definición del Proceso Atención de Enfermería

Proceso Atención de Enfermería:

Es un método sistemático, lógico y racional de la aplicación de los cuidados de enfermería individualizados, con enfoque holístico de cada persona o grupos de personas, que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Buscando el grado de independencia para el autocuidado y bienestar del individuo y su entorno (Vázquez, 2004)

"Es un método sistemático de brindar los cuidados humanistas concentrados en el logro de los objetivos (...) de forma eficiente" (Alfaro, 1999).

De acuerdo con la definición de Proceso Atención de Enfermería, de la autora Vázquez anteriormente citada, estoy de acuerdo, además la enfermera profesional en sus intervenciones independientes debe de emplear cuidados alternativos (reflexología, masaje holístico, meditación, bioenergética, musicoterapia, aromoterapia, etc).

4.4.1. Proceso Atención de Enfermería

Valoración: es la primera fase del Proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con la persona, familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades de dependencia. Los datos se recogen en forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas.

Diagnóstico: durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante su valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades dependientes identificadas. Se realizan los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las etapas. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería que se ejecuta y evalúa. Los diagnósticos de enfermería se realizan de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de las necesidades dependientes.

Planificación: En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir las necesidades de dependencia identificadas en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

Establecimiento de prioridades para las necesidades dependientes diagnosticadas.

Fijar resultados con la persona para lograr su independencia o prevenir los riesgos.

Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.

Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el proceso de cuidados.

Ejecución: la ejecución 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 de la persona. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el individuo, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación de la persona y su interacción con el entorno. La ejecución incluye el registro de la atención a la persona en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia de los cuidados proporcionados y el bienestar y satisfacción del individuo.

Evaluación: La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos planificados de los cuidados de la persona, establece medidas correctoras si fuese necesario. (Iyer, 1997).

4.5. Etapa de crecimiento y desarrollo de la persona adulta mayor

El envejecer, está constituido por el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. En el envejecimiento hay un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que, con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno, y por ende, aumenta su posibilidad de morir.

Para llegar a la vejez exitosa, es necesario preparar al individuo desde que tiene conciencia, para manejar su autocuidado y el respeto por el que ha caminado la senda y se encuentra viviendo esta etapa.

El proceso de envejecimiento es altamente complejo y variado, involucra cambios en la célula, en el tejido y en los organismos. Se cree que dicho proceso se inicia por cambios internos, tales como una programación genética e influido por factores externos. Hay otro tipo de contribuyentes a este fenómeno, como son los estresores

del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyos sociales y sensación de utilidad y bienestar consigo mismo.

En el mundo entero, el reto es brindar una calidad de vida a sus viejos (60-65 años de edad) con un enfoque holístico; esta población va en aumento día a día por la perspectiva de vida en el hombre y la mujer, habiendo mas cultura de salud para la atención y bienestar en los países desarrollados.

Ninguna etapa de desarrollo de la vida es igual, por eso surge como necesidad la formación multidisciplinaria de profesionales especialistas en geriatría y gerontología.

El desafío de la gerontología es de que nadie envejece a un paso igual, no se puede predecir el proceso, y sus manifestaciones varían mucho de una a otra persona ; esto es, no se sigue un patrón determinado. Se dice que es un proceso irregular y asincrónico.

Existen múltiples teorías que ayudan a entender este proceso, tales como la biológica, entre las que se mencionan: la teoría de la inmunidad, de los radicales libres, del estrés, del error todas ellas con un enfoque biológico.

Desde el punto de vista social, hay tres teorías que ayudan a comprender si la persona tiene una vejez exitosa , demostrada a través de su capacidad de adaptación a los cambios inevitables , y el grado de deterioro mientras aun se siente capaz de contribuir y crecer. Para entender los trastornos biopsicosociales de la vejez, debemos de partir, de los cambios normales del interactuar con el adulto (a) mayor, a continuación se enumeran.

4.5.1. Cambios físicos

Piel y anexos: el color de la piel se encuentra pigmentada en forma de manchas en aquellas zonas expuestas al sol , palidez incluso en ausencia de anemia. La hidratación muestra un estado seco, escamoso. La temperatura de las extremidades es más fría, disminución de la transpiración. Textura de menor elasticidad, arrugas, pliegues, flaccidez. Distribución de la grasa con menor presencia en las extremidades, aumento en el abdomen. Pelo hay pérdida y encanecimiento de la cabeza; disminución frecuente del vello axilar, púbico y de las extremidades, disminución del pelo facial en hombres, aparición de pelo en la barbilla y el labio superior de mujeres. Uñas se tiene un crecimiento más lento.

Cabeza y cuello: huesos faciales y nasales más acusados y angulares, pérdida de las pestañas en mujeres, pestañas más abundantes en hombres. Ojos hay una disminución de la agudeza visual, menor capacidad de enfoque, adaptación a la oscuridad reducida, sensibilidad a los destellos. Orejas se tiene una disminución de la discriminación del tono, menor agudeza auditiva. Nariz y senos, aumento del pelo nasal, disminución del olfato. Boca y faringe hay utilización de puentes o dentaduras, menor sentido del gusto, atrofia de las papilas en los bordes laterales de la lengua. Cuello glándula tiroides nodular, ligera desviación de la tráquea debido a atrofia muscular.

Tórax y pulmones: aumento del diámetro antero posterior, aumento en la rigidez del tórax, aumento del ritmo respiratorio al disminuir la expansión torácica, mayor resistencia al paso del aire por las vías respiratorias.

Corazón y sistema vascular: aumento significativo de la tensión sistólica acompañado de un aumento de la tensión diastólica, las variaciones normalmente insignificantes de la frecuencia cardíaca en reposo son frecuentes los soplos diastólicos, los pulsos periféricos son fácilmente palpables, los pulsos pedios son más débiles y las extremidades inferiores son más frías, especialmente por la noche.

Mamas: disminución del tejido mamario, estado de péndulo y colgante.

Sistema gastrointestinal: disminución de la secreción salival que dificulta la deglución, disminución del peristaltismo, menor producción de enzimas, menor producción de ácido clorhídrico, de pepsina y enzimas pancreáticas, estreñimiento y movilidad reducida.

Sistema reproductor femenino: disminución de los valores de estrógenos, disminución del tamaño del útero, disminución de las secreciones, atrofia del epitelio que recubre la vagina.

Sistema reproductor masculino: disminución de los valores de testosterona, recuento espermático reducido, reducción del tamaño testicular.

Sistema urinario femenino: disminución de la filtración y de la eficiencia renal, pérdida de proteínas por el riñón, nicturia, disminución de la capacidad de la vejiga, aumento de la incontinencia.

Sistema urinario masculino: frecuencia urinaria y retención como consecuencia del aumento del tamaño de la próstata.

Sistema músculo esquelético: disminución de la fuerza y de la masa muscular, desmineralización ósea (más pronunciada en mujeres), acortamiento del tronco como consecuencia del estrechamiento del espacio intervertebral, menor movilidad articular, disminución del juego en las articulaciones, aumento de las prominencias óseas.

Sistema neurológico: disminución en la respuesta refleja automática y voluntaria, reducción de la capacidad para responder a estímulos múltiples, insomnio, periodos de sueño más cortos.

4.5.2. Cambios psicosociales y espirituales

El ser humano visto holísticamente y como ser único e irrepetible en forma biopsicosocial y espiritual; experimenta cambios interrelacionados en las distintas etapas de la vida.

Por eso existen diferentes formas de envejecer, algo aceptado en la psicología de la vejez que existe una marcada variabilidad en el comportamiento cualquiera que sea éste (la memoria, la atención, motivación, relaciones interpersonales, la rapidez en la carrera, etc). En otras palabras a medida que se envejece los seres humanos somos menos parecidos entre sí. Existen personas mayores que presentan un escaso cambio a lo largo de su vida, que mantienen sus capacidades funcionales, su vigor físico y sus capacidades intelectuales hasta edades muy avanzadas de su vida junto a otras que presentan achaques múltiples.

De tal forma que se puede reformular el dicho "cuando se ha visto a un viejo, sólo se ha visto a un viejo".

Ello es muy importante por que las personas tendemos a generalización de tal forma que así como es un estereotipo común el de que "todos los jóvenes son irresponsables" también lo es que "todos los viejos están llenos de achaques y sufren demencia" ambas frases están muy lejos de la realidad: cada persona envejece de una manera distinta.

En los últimos años la clasificación de vejez, que más relevancia esta tomando establece tres tipos de envejecimiento, la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito.

Mientras que la vejez normal es aquella que cursa sin patologías físicas. La observación de las personas mayores pone de relieve, también, la existencia de una vejez con baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso con la vida . A este tipo de vejez se le ha llamado vejez con éxito o vejez competente.

El envejecer no ocurre al azar sino que depende , al menos de una gran parte, de lo que el individuo haga y el contexto social promueva.

La psicología del anciano, entendida pretende una mayor calidad de vida a todo lo largo del ciclo vital.

En los patrones que ocurren durante el ciclo de la vida, parece existir un balance entre el crecimiento y el declive y que, aunque se producen cambios comportamentales, también se da estabilidad y que, y que también en la vejez, se produce un cierto crecimiento y una amplia capacidad de reserva.

La familia , hijos y la red de apoyo son una fuente importante de apoyo social (Fernández-Ballesteros, 1999).

Existen distintos tipos de familia, hablando específicamente de la cultura mexicana y algo que se conserva y se necesita aún más preservar es la integración de los viejos, educando a las nuevas generaciones para el respeto de las tradiciones, creencias y costumbres de la persona, además es una forma de preservar la cultura propia de los individuos.

El adulto mayor se siente motivado, respetado, apoyado y sobre todo una persona que juega un rol en su entorno y sociedad.

Espiritualmente, el viejo de acuerdo a sus creencias y cultura vive su proceso de duelo ante la posibilidad de la muerte; se acerca más a la espiritualidad de la religión.

Cabe aclarar que la espiritualidad en esencia el individuo la maneja como energía interna, que le sirve de motor y sentido a la vida y otros como un regalo de luz divino de acuerdo a su religión.

4.5.3. Pérdidas en la vejez

Las pérdidas que sufre el anciano se dan en todas las esferas del mundo. Butler ha encontrado evidencia y por ende, ha sugerido que las manifestaciones de la vejez son más un reflejo de enfermedades sufridas, pérdidas, depresión y efectos socioculturales (Babb, 1998).

Desde el punto de vista de la Tanatología, toda pérdida de cualquier especie biopsicosocial y espiritual necesita elaborarse mediante el proceso de duelo, en sus diferentes etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) de acuerdo a E. Kubler Ross; es un proceso dinámico del individuo a trabajar con sus recursos interiores, donde él es el principal protagonista en el escenario de la vida, su red de apoyo lo fortalecerá y acompañará. Victor Frank, padre de la Logoterapia; nos dice no le preguntes a la vida por que a mí, mejor responde para que. Concluyendo, el individuo debe responder a las circunstancias de desarrollo o crisis de la vida, con sus mecanismos de adaptación y encontrarle sentido a la vida, lo cual le permite nuevos proyectos, cuando no es así se comienza con trastornos o patologías secundarias a las pérdidas no elaboradas.

Pérdidas físicas

Las pérdidas físicas sufridas por el anciano son concomitantes con el proceso fisiológico del envejecimiento sin embargo, debemos tener conciencia de ellas durante las interacciones con el anciano sano o enfermo.

Entre las pérdidas físicas, se pueden enumerar las siguientes:

- a) Pérdida o disminución en la capacidad de funcionamiento en general.
- b) Pérdida o disminución en la movilidad.

- c) Pérdida o disminución en la capacidad sensorial.
- d) Pérdida o disminución en la capacidad de homeostasis.
- e) Pérdida o disminución en la capacidad sexual.

Pérdidas sociales

Estas se asocian a sucesos secuenciales y progresivos, a través del ciclo vital, de tipo familiar, laboral y social.

Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- a) Pérdida del estatus.
- b) Pérdida de amigos.
- c) Pérdida de ingresos económicos.
- d) Pérdida de roles (amigo, compañero, rol laboral, etc.).
- e) Pérdida, disminución o cambio en el estilo de vida.
- g) Pérdida de amigos contemporáneos por muerte.
- h) Pérdida del cónyuge por muerte.

Pérdidas psicológicas

Estas pérdidas se sufren a consecuencia del efecto sumativo que, sobre la persona, generan todas las pérdidas ya mencionadas. Entre ellas tenemos.

Pérdida o disminución en la autoestima y autosuficiencia.

Pérdida o cambio en el continuo independencia-interdependencia-dependencia.

Pérdida en la sensación de bienestar con uno mismo.

Pérdida o disminución en el manejo de la toma de decisiones o control sobre su vida.

Pérdida o disminución en la capacidad mental.

Pérdidas culturales

Pérdida de tradiciones.

Pérdida de costumbres.

Pérdida de creencias.

Pérdidas espirituales

a) Pérdida de la fe.

b) Pérdida de la esperanza (Babb, 1998).

5. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

5.1. Presentación de caso clínico

Nombre	Zarate Rosas Manuel		
Fecha ingreso	18-03-05	Hora	11:00 a.m
Servicio	Medicina Interna-A	No. cama	207
Edad	73 años	Genero	Masculino
Talla	1.64 cm.	Peso	58 kg
Estado civil	Viudo	Ocupación	Jubilado
Escolaridad	4º de primaria	Religión	Católico

Se trata de una persona adulto mayor, masculino de 73 años de edad, originario del Estado de Hidalgo y residente en el D.F; desde hace 50 años, refiere vivir en casa propia con todos los servicios intradomiciliarios, zoonosis negativa. Teniendo como red de apoyo a sus hijas y nietos con quien tiene buenas relaciones familiares (familia funcional), viven en el mismo terrero, es viudo desde hace 8 años; hasta el momento no le interesa reanudar una nueva relación formal (casarse) convive con personas del sexo opuesto en un centro de seguridad social de personas mayores; cuenta con una amiga con quien comparte momentos personales.

Actualmente es jubilado de una fábrica de cartón, cuenta con primaria incompleta, se dedica a las actividades del hogar y a su bienestar para la salud; con hábitos higiénico dietéticos regulares en calidad y cantidad.

Pérdida de costumbres.

Pérdida de creencias.

Pérdidas espirituales

a) Pérdida de la fe.

b) Pérdida de la esperanza (Babb, 1998).

5. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

5.1. Presentación de caso clínico

Nombre	Zarate Rosas Manuel		
Fecha ingreso	18-03-05	Hora	11:00 a.m
Servicio	Medicina Interna-A	No. cama	207
Edad	73 años	Genero	Masculino
Talla	1.64 cm.	Peso	58 kg
Estado civil	Viudo	Ocupación	Jubilado
Escolaridad	4º de primaria	Religión	Católico

Se trata de una persona adulto mayor, masculino de 73 años de edad, originario del Estado de Hidalgo y residente en el D.F; desde hace 50 años, refiere vivir en casa propia con todos los servicios intradomiciliarios, zoonosis negativa. Teniendo como red de apoyo a sus hijas y nietos con quien tiene buenas relaciones familiares (familia funcional), viven en el mismo terreno, es viudo desde hace 8 años; hasta el momento no le interesa reanudar una nueva relación formal (casarse) convive con personas del sexo opuesto en un centro de seguridad social de personas mayores; cuenta con una amiga con quien comparte momentos personales.

Actualmente es jubilado de una fábrica de cartón, cuenta con primaria incompleta, se dedica a las actividades del hogar y a su bienestar para la salud; con hábitos higiénico dietéticos regulares en calidad y cantidad.

Antecedentes de importancia: es portador de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de tipo bronquitis crónica desde hace 10 años secundaria a exposición prolongada y continúa a polvos de cartón y asbestos (35 años aproximadamente).

Tabaquismo positivo ocasional alrededor de 15 años de 1-2 cigarrillos con filtro al día; iniciándose a los 25 años de edad y lo deja cerca de los 40 años de edad por decisión propia.

Etilismo ocasional sin llegar a la embriaguez, por tratamiento médico lo deja en forma definitiva.

Antecedentes quirúrgicos inguinoplastia derecha en junio de 2002, fractura cerrada de radio izquierdo hace 5 años, sin complicaciones o recidivas, medicina transfusional negativa hasta el momento.

Situación actual: Inicia el día 18 de marzo a las 7:00 a.m, encontrándose en su casa refiere el señor Manuel que todo el cuerpo le molestaba, le faltaba por momentos el aire por lo que decide su hija mayor acudir al servicio de urgencias, contando con cita abierta por los antecedentes previos mencionados.

A la exploración física e interrogatorio se valoran datos de dependencia como: respiración con labios fruncidos, ligera cianosis peribucal, disnea de medianos esfuerzos, tos poco productiva con secreciones blanquecinas viscosas, no hemotisis, sibilancias a la auscultación de campos pulmonares, episodio de espasmo bronquial; en vías urinarias refiere dolor, ardor y disminución del chorro de la orina.

El médico tratante decide su hospitalización para un manejo integral, se continúa el Proceso Atención de Enfermería en el servicio de Medicina Interna.

5.2. Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Datos de independencia/dependencia obtenidos a través de la entrevista y observados, según el instrumento metodológico para la Atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson de las necesidades humanas). Ver anexo no. 1.

Necesidad de oxigenación

Datos de independencia:

Narinas permeables.

Datos de dependencia:

Respiración con labios fruncidos, ligera cianosis peribucal, disnea de medianos esfuerzos, tos poco productiva con secreciones blanquecinas viscosas, no hemotisis, sibilancias en campos pulmonares, espasmo bronquial, llenado capilar de 3", diaforesis, dificultad para hablar, posición corporal inclinada, ansiedad, frecuencia respiratoria de 27 por minuto.

Diagnóstico 1

Diagnóstico de Enfermería:

Perfusión tisular inefectiva pulmonar, relacionada con obstrucción del flujo de aire en el árbol bronquial por exposición laboral prolongada a polvos de asbesto, manifestado por frecuencia respiratoria de 27 por minuto, disnea, llenado capilar de 3", espasmo bronquial, dificultad para hablar, posición corporal inclinada, fatiga, diaforesis.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor.M. Mantendrá una frecuencia respiratoria normal (16 a 20 respiraciones por minuto).
- El señor M. Conocerá los mecanismos y factores de riesgo, por los que aparece su problema respiratorio.

Intervenciones de enfermería:

- Apoyo emocional continuo.
- Proporcionarle posición semifowler.
- Proporcionar confort.
- Monitoreo clínico de la frecuencia respiratoria cada 3 horas de acuerdo a su evolución.

- Auscultar campos pulmonares para valorar la entrada y salida de aire y presencia de secreciones bronquiales.
- Motivarlo para que la persona realice cambios frecuentes de posición corporal cada 2 horas.
- Asistencia a movilizarse fuera de la cama (reposit).
- Manejo de energía, explicarle la manera de realizar ejercicio controlado sin que desencadene factores de riesgo para la dificultad respiratoria.
- Planificar conjuntamente las actividades cotidianas para que deambule de 15 a 30 minutos como mínimo al día.
- Aconsejarle andar despacio, lo que generalmente aumenta la tolerancia.
- Se le sugiere evitar el uso de prendas compresivas de cualquier tipo.
- Apoyo educativo de la persona y su red de apoyo (cuidador primario), para una dinámica participativa, para reducir o eliminar los factores de riesgo (correr, subir escaleras, movilizar objetos pesados, etc). Ver anexo 2,3,4,5,6.
- Explicarle las medidas para favorecer la higiene fisiorespiratoria.
- Motivarlo a realizar ejercicios respiratorios con el espirómetro c/12 horas por 15 minutos todos los días (sin llegar a la fatiga). Ver anexo 2,3.
- Motivarlo a Inflar globos del no.1 por 10 minutos una vez al día (sin llegar a la fatiga).
- Motivarlo a realizar borbuja con popote en un frasco con agua por 10 minutos una vez al día (sin llegar a la fatiga).
- Realizar vibración pulmonar manual y/o dispositivo, por 10 minutos una vez al día y enseñar al cuidador para su participación dinámica. Ver anexo 2.
- Motivarlo a mantener la oxigenoterapia según prescripción indicada, por puntas nasales a 3 litros por minuto o por razón necesaria y las nebulizaciones al 40% cada 8 horas por 1 hora con mascarilla facial.
- Ministración de medicamentos según se prescriban.
- Enseñar a la persona y a su cuidador la administración de los medicamentos vía oral e inhalados en spray, incluyendo la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento.

Evaluación:

Se logra el objetivo planeado con el señor M. controla una frecuencia respiratoria de 18 a 20 respiraciones por minuto por minuto).

-El señor M. Conoce los mecanismos y factores de riesgo, por los que aparece la dificultad respiratoria y el autocontrol con el manejo de energía adecuadamente.

-En la orientación de educación para la salud, se muestra participativo y con devolución de las técnicas de rehabilitación pulmonar; el cuidador primario se muestra comprometido y participativo con la persona.

Diagnóstico 2

Diagnóstico de Enfermería:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, retención de secreciones bronquiales, manifestado por disnea, expectoración escasa de secreciones viscosas, sonidos respiratorios sibilantes, estertores y crepitantes.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

-El señor M. Mantendrá una frecuencia respiratoria normal (16 a 20 respiraciones por minuto).

-El señor M. Conocerá los mecanismos para favorecer la tos forzada y expectoración de secreciones.

Intervenciones de enfermería:

-Controlar las constantes vitales dos veces por turno.

-Auscultar campos pulmonares para valorar la entrada y salida de aire y presencia de secreciones bronquiales.

-Motivarlo para que la persona realice cambios frecuentes de postura cada 2-4 horas.

-Elevar la cabecera de la cama o colocar dos almohadas para apoyar la espalda de la persona.

-Se motiva a la persona para que exprese y demuestre el manejo de energía, la manera de realizar ejercicios respiratorios sin que desencadene factores de riesgo para la dificultad respiratoria.

-Enseñar a la persona ejercicios para toser y hacer respiraciones profundas. Ver nexo 2.

- Motivar a la persona a realizar los ejercicios respiratorios con el espirómetro c/12 horas por 15 minutos todos los días (sin llegar a la fatiga). Ver anexo 3.
- Enseñarle al cuidador la técnica de vibración pulmonar manual y/o dispositivo, por 10 minutos dos veces al día. Ver anexo 2.
- Asistencia a movilizarse fuera de la cama (reposit).
- Planificar conjuntamente las actividades cotidianas para que deambule de 15 a 30 minutos por lo menos dos veces al día en cuanto su estado lo permita.
- Aconsejarle andar despacio, lo que generalmente aumenta la tolerancia.
- Indicar a la persona que beba de 2 a 3 litros de agua al día si lo tolera.
- Animar a la persona a usar las puntas nasales para el oxígeno según se prescriba y lo necesite (3 litros por minuto) y nebulizaciones al 40% cada 8 horas por 1 hora con mascarilla facial.
- Ministración de medicamentos según se prescriban.
- Enseñar a la persona y a su cuidador la administración de los medicamentos vía oral e inhalados en spray , incluyendo la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento.

Evaluación:

Se logra el objetivo planeado con el señor M. mantuvo una frecuencia respiratoria de a 18 a 20 respiraciones por minuto a partir de las 3 horas de iniciados los cuidados de enfermería hasta su alta hospitalaria. Además aprende los mecanismos para favorecer la tos forzada y lo hace demostrativo.

Diagnóstico 3

Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con enfermedad pulmonar obstructiva por exposición laboral prolongada a polvos de asbesto, manifestado por disnea, aleteo nasal, respiración con los labios fruncidos y aumento de la frecuencia respiratoria 27 respiraciones por minuto, ansiedad, disminución de energía y fatiga de los músculos respiratorios.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. Manejara el autocontrol de sus emociones.
- El señor M. realizara la regulación de las respiraciones profundas periódicas.
- El señor M. Minimizara el consumo de energía de los músculos respiratorios evidenciado.
- El señor M. Mantendrá una frecuencia respiratoria normal (16 a 20 respiraciones por minuto).

Intervenciones de enfermería:

- Se motiva al señor M. para que exprese sus sentimientos y emociones dándole apoyo y acompañamiento.
- Monitoreo clínico de la frecuencia respiratoria cada 3 horas durante las primeras doce horas y por mejoría 2 veces por turno.
- Auscultar campos pulmonares para valorar la entrada y salida de aire, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.
- Colocar a la persona de forma tal que le facilite la coordinación de la ventilación /perfusión .
- Ayudarlo y motivarlo a que realice cambios frecuentes de postura cada 2-4 horas.
- Colocar a la persona de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y acercarle la mesa puente fijándola para que pueda apoyarse en ella).
- Se motiva a la persona para que exprese y demuestre el manejo de energía, la manera de realizar ejercicios respiratorios sin que desencadene factores de riesgo para la dificultad respiratoria.
- Enseñar a la persona ejercicios para toser, hacer respiraciones lentas y profundas. Ver nexo 2.
- Reforzar la técnica de respiración con labios fruncidos. Ver anexo 2.
- Enseñar ejercicios de fortalecimiento y/o resistencia de los músculos respiratorios.
- Motivar a la persona a realizar los ejercicios respiratorios con el espirómetro c/12 horas por 15 minutos todos los días (sin llegar a la fatiga). Ver anexo,3.

-Enseñarle al cuidador la técnica de vibración pulmonar manual y/o dispositivo, por 10 minutos dos veces al día. Ver anexo 2.

-Animar a la persona a usar las puntas nasales para el oxígeno según se prescriba y lo necesite (3 litros por minuto) y nebulizaciones al 40% cada 8 horas por 1 hora con mascarilla facial.

-Ministración de medicamentos (broncodilatadores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases sanguíneos según se prescriban.

-Enseñar a la persona y a su cuidador la administración de los medicamentos vía oral e inhalados en spray , incluyendo la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento pidiendo devolución de los procedimientos.

Evaluación:

Se logra el objetivo planeado con el señor M. Logro identificar las causas de su estado de ansiedad como era miedo, impaciencia, desesperación, la falta de aire, logrando el autocontrol de sus emociones .

Aprende y demuestra los ejercicios de regulación de las respiraciones profundas periódicas a las 24 horas de su estancia, minimiza el consumo de energía de los músculos respiratorios evidenciado y mantuvo una frecuencia respiratoria de 18 a 20 respiraciones por minuto a partir de las 3 horas de iniciados los cuidados de enfermería hasta su alta hospitalaria.

Necesidad de eliminación urinaria

Datos de independencia:

No se observan.

Datos de dependencia:

Orina de 7 a 10 veces al día, desde hace 2 años aproximadamente se levanta 1-2 veces a miccionar por la noche; actualmente presenta disuria, tenesmo, polaquiuria disminución de la fuerza del chorro de la orina con característica de olor desagradable, signo de Giordano positivo derecho y examen general de orina con bacterias +++ y leucocitos +++.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con infección de vías urinarias y agrandamiento de la próstata, manifestado por polaquiuria, disuria, tenesmo disminución de fuerza del chorro de la orina , olor desagradable y signo de Giordano positivo.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. controlará el dolor ocasionado por la infección de vías urinarias.
- El señor M. Identificará los signos y síntomas de alarma de infección en las vías Urinarias y agrandamiento de la próstata.

Intervenciones de enfermería:

- Apoyo emocional continuo.
- Monitoreo clínico de la curva térmica 2 veces por turno.
- Vigilar características macroscópicas de la diuresis (color, olor y densidad)
- Toma de muestras clínicas de lab. (examen general de orina)
- Revisar los resultados del examen general.
- Enseñar ejercicios del suelo pélvico (ESP)
- Se pide a la persona demostración de manejo de energía; para evitar la fatiga o riesgos para su salud.
- Se le sugiere al paciente una ingesta de 2-3 litros de agua diario.
- Educación para la salud de la persona y su red de apoyo (cuidador primario), para una dinámica participativa.
- Se le enseña al paciente a chequearse la temperatura con termómetro de mercurio.
- Se enseña la maniobra de Credé.
- Se enseña al señor M. Métodos para estimular la micción : presión en la parte inferior del abdomen o la cara interna de los muslos; verter agua templada sobre el periné.
- Se enseña mantener una orina ácida para la prevención de infecciones urinarias (agua de limón, tamarindo y jamaica).
- Se refuerza medidas de higiene a genitales (prepucio).

-Ministración de medicamentos según se prescriban.

-Enseñar a la persona y a su cuidador la administración de los medicamentos vía oral, incluyendo la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento pidiendo devolución de los procedimientos.

Evaluación:

-Se alcanza el objetivo planeado, el señor M. en las primeras 12 horas controla la sintomatología ocasionada por la de infección de vías urinarias; a las 72 horas signo de Giordano negativo, identifica los signos y síntomas de alarma de infección en el tracto urinario y agrandamiento de próstata.

-La persona aprende hacer los ejercicios del suelo pélvico (ESP); permitiendo un vaciamiento completo de la vejiga.

-A su egreso, acude a la consulta externa para su control de infección de vías urinarias a los 20 días se evidencia paraclínicos negativos y el problema de hipertrofia prostática se lo manejaran con tratamiento quirúrgico programado para enero de 2006.

Necesidad de eliminación intestinal

Datos de independencia:

Deposición 1 vez al día por la mañana, heces blandas de aspecto y olor normal.

Datos de dependencia:

Desde hace 2 días no presenta deposición de heces; marco cólico aumentado de tamaño, con ruidos peristálticos presentes de intensidad y frecuencia disminuida.

Diagnostico Real de Enfermería:

Estreñimiento, relacionado con piezas dentomolares incompletas , incapacidad para masticar adecuadamente los alimentos y poca ingestión de fibra con la dieta, manifestado por cambios de patrón intestinal, distensión abdominal, incapacidad de eliminación intestinal.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. Presentará un patrón de eliminación intestinal cada 24 horas.
- El señor M. Aumentará su ingestión de alimentos ricos en fibra (25-30 gramos al día).

Intervenciones de enfermería:

- Se enseña automasaje en el marco cólico (para aprovechar el reflejo gastrocólico) lubricándose la piel con aceite de almendras dulces.
- Se vigila características e ingesta de la dieta (blanda de 1800 kcal con 25 gramos de fibra).
- Se analiza el patrón habitual de comida del paciente; se dan sugerencias de menú.
- Se le sugiere mantener la ingesta de líquidos 8-10 vasos diarios.
- Vigilar características del código de las evacuaciones.
- Ayudarlo a moverse fuera de la cama (reposit).
- Motivarlo a la deambulación de 15-30 minutos diario (después aumentar hasta el nivel de la tolerancia).
- Se enseñan ejercicios de fortalecimiento abdominal.
- Se enseña y se pide demostración de el manejo de energía; para evitar la fatiga o riesgos a su salud.
- Aplicación de enema evacuante (fosfato y citrato de sodio vía rectal dosis única).

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, el señor M. presenta evacuación intestinal a las 2 horas de haberse realizado los cuidados de enfermería independientes e interdependientes. El modificar hábitos dietético higiénicos mejora la digestión de la persona y la deposición de heces cada 24 horas de aspecto blandas y olor normal.

Necesidad de nutrición /hidratación

Datos de independencia:

Dice que le gusta comer de todo, bebe alrededor de 2 litros de agua al día, actualmente no ingiere bebidas alcohólicas.

Datos de dependencia:

Salud bucal ineficaz, presenta piezas dentomolares incompletas, masticado inadecuado de los alimentos.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado en la higiene oral, relacionado con hábitos higiénico dietéticos insuficientes, manifestado por estreñimiento, distensión abdominal, falta de confort, piezas dentomolares incompletas y técnica de cepillado dental inadecuada.

Planificación de los cuidados**Objetivos:**

- El señor M. Mejorara sus hábitos de masticación de los alimentos.
- El señor M. Realizara una higiene buco dental adecuada.
- El señor M. Se motivara para asistir cada 6 meses al estomatólogo de forma preventiva con el apoyo de su familia.

Intervenciones de enfermería:

- Vigilar características e ingesta de los alimentos y líquidos.
- Apoyo educativo sobre la técnica de aseo bucal (cepillado y colutorios). Ver anexo 10.
- Se le da orientación de signos y síntomas de alarma de alteraciones en la salud bucal (gingivitis, gingiborragia, halitosis, micosis, etc).
- Se le Motiva para visitas periódicas con el estomatólogo (Dentista) para tratamientos preventivo y correctivo (prótesis dental inferior y superior). Se le explican los beneficios para su salud a la persona y sus cuidadores.

Evaluación:

- Se alcanza el objetivo planeado el señor M. Mejora sus hábitos de masticación de los alimentos aprende y hace devolución de la técnica de cepillado dental adecuada.
- El señor M. y su familia se sensibilizan de la importancia de asistir al estomatólogo, al mes y medio de su egreso hospitalario se realiza tratamiento integral dental (limpieza, amalgamas y colocación de la prótesis dental superior e inferior).

-Cabe aclarar que el señor M. y su familia ya habían pensado en su tratamiento dental (prótesis), con la información otorgada se motivaron para realizarlo a la brevedad.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Datos de independencia:

Tiene una movilidad normal para su edad, es capaz de desplazarse en forma independiente sin ayuda de ortesis, postura erecta.

Le gusta caminar diario aproximadamente 30 a 60 minutos y tiene por costumbre mover los pies y piernas diariamente antes de levantarse de la cama 15 minutos.

Tiene una rutina de ejercicios que no alteran el bienestar de su salud (estiramiento corporal, ejercicios de rehabilitación pulmonar por 15 minutos).

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de descanso y sueño

Datos de independencia:

Duerme en promedio 8 horas por la noche y una siesta de media hora por la tarde, no le cuesta trabajo conciliar el sueño, manifiesta sentirse descansado cuando se levanta de la cama por las mañanas.

Datos de dependencia:

Se despierta para orinar 1 a 2 veces por la noche, dice aprovechar para escupir las secreciones acumuladas en la garganta.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro del patrón del sueño, relacionado con urgencia para orinar y estasis de secreciones en la faringe, manifestado por despertar antes de lo deseado, 1 a 2 veces por la noche por necesidad de orinar y tener secreciones acumuladas en la garganta.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. Comprenderá los factores y causas potenciales que contribuyen a un sueño inadecuado.
- El señor M. Realizará técnicas de higiene respiratoria, para favorecer la eliminación de secreciones acumuladas antes de acostarse, por lo menos 1-2 horas antes.
- El señor M. Conocerá maniobras para el vaciamiento satisfactorio de la vejiga.

Intervenciones de enfermería:

- Se vigila y comenta posibles causas del trastorno del sueño (biopsicosociales y espirituales).
- Animar a la persona a la expresión de preocupaciones y su influencia sobre la posibilidad de dormir.
- Desaconseja las siestas durante el día, sólo si se tiene efecto negativo sobre el sueño nocturno.
- Se aconseja disminuir la ingesta de líquidos por lo menos 1 hora antes de acostarse.
- La persona vaciara la vejiga antes de acostarse y si es necesario utilizara las maniobras de Crede.
- Evitara el consumo de sustancias con cafeína.
- Favorecer la relajación a la hora de acostarse : seleccionando intervenciones aprobadas por el paciente (p. Ej; música suave, masaje dorsal, reflexología, técnicas de imágenes guiadas, meditación).
- Proporcionar y enseñar al paciente un ambiente confortable para fomentar el sueño o el reposo (p. ej; apagar las luces, proporciona ventilación adecuada de la habitación , evita los ruidos molestos). Ver anexo 8.
- Se le sugiere evitar actividad mental o física extenuante justo antes de acostarse.
- Enseñar a la persona a realizar técnicas de higiene respiratoria, para favorecer la eliminación de secreciones y que lo evidencie.
- Potenciación de medidas de seguridad para evitar accidentes. Ver anexo 9.
- Enseñar manejo de energía y evidenciado por la persona.
- Ministración de medicamentos según se prescriban.

-Enseñar a la persona y a su cuidador la administración de los medicamentos vía oral e inhalados en spray , incluyendo la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento.

Evaluación:

-Se alcanzan los objetivos planeados el señor M. Comprende los factores y causas potenciales que contribuyen a un sueño inadecuado e identifica los que el puede modificar o controlar, aprende y refuerza las técnicas de higiene respiratoria favoreciendo la eliminación de secreciones acumuladas antes de acostarse, práctica maniobras de vaciamiento vesical cuando él lo considera necesario mostrando satisfacción y bienestar con los cuidados de enfermería.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Datos de independencia:

Usa ropa adecuada para su edad, estado del clima, es pulcro en su vestimenta y se preocupa por verse presentable y limpio.

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de termoregulización

Datos de independencia:

Se adapta a los cambios de temperatura, Temperatura corporal 37.1° C.
Evita temperaturas ambientales extremas (frio-calor).

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos de independencia:

Aspecto limpio y aseado, baño de regadera diario, acude a la peluquería cada 15-20 días, uñas de manos y pies limpias y cuidadas, se cambia la ropa interior y exterior diario.

Datos de dependencia:

Piel fina, pálida, escamosa sin datos de eritema, aseo deficiente de cavidades naturales (boca y oídos).

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado de la higiene, relacionado, por conocimientos insuficientes para completar una adecuada higiene y cuidados corporales, manifestado por aseo corporal deficiente de oídos, dentadura y cuidados de lubricación de la piel.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. Realizará actividades de la vida diaria, sin riesgo para su salud.
- Realizarse baño e higiene de cavidades naturales en forma apropiada.
- Se proporcionara apoyo educativo para que ejerza su autocuidado independiente de su higiene corporal y si es necesario el familiar intervenga cuando la persona no pueda realizar la acción.

Intervenciones de enfermería:

- Fomentar una independencia máxima.
- Educación para la salud, para su autocuidado.
- Asistirlo para baño de regadera, cuando sea necesario.
- Se le enseñan técnicas para la lubricación de la piel (a la crema de su preferencia ponerle aceite almendras dulces), higiene y cuidados de oídos y narinas; con devolución del procedimiento.

- Apoyo educativo sobre la técnica de aseo bucal (cepillado y colutorios). Ver anexo 10.
- Manejo ambiental; para evitar riesgo de accidentes en el hospital y el hogar.
- Se enseña el manejo de energía; para evitar la fatiga o riesgos a su salud.
- Potencialización de la autoestima. Ver anexo 7.
- Apoyo educativo al familiar, para una dinámica participativa

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, sin deterioro del estado de salud y ánimo de la persona.

El señor M. evidencia su autocuidado de aseo personal, poniendo mayor atención y cuidado en la higiene de las cavidades naturales, lubricación de la piel, aunque él es una persona independiente, la familia siempre está pendiente de sus necesidades para apoyarlo si lo requiere.

Necesidad de evitar los peligros

Datos de independencia:

Conciente, alerta, orientado en sus tres esferas (tiempo, espacio y persona), deambulación independiente sin ayuda de aparatos de ortosis, extremidades inferiores y superiores integra, habla y se expresa adecuadamente.

Datos de dependencia:

Hipoacusia izquierda, se despierta por la noche 1 a 2 veces para orinar, tiene el antecedente de haberse resbalado en una superficie húmeda ocasionándole una fractura cerrada en miembro torácico izquierdo (radio) sin complicaciones. Por su patología actual requiere de procedimientos de mínima invasión y tratamiento farmacológico intravenoso a través de acceso temporal con catéter periférico en miembro torácico derecho en su estancia hospitalaria.

Diagnóstico 1

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de caídas, relacionado con la edad, historia de traumatismo previo, audición izquierda disminuida, habitación y entorno hospitalario desconocido.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. expresará conocimiento sobre la prevención de accidentes en el hospital y el hogar.
- El señor M. identificará situaciones, condiciones del medio ambiente y personales de riesgo para un accidente y prevenir.

Intervenciones de enfermería:

- Se ayuda al paciente al reconocimiento de los peligros ambientales del hospital.
- Se desarrolla con el paciente un plan para aumentar el ejercicio gradualmente según su tolerancia (manejo de energía).
- Se le enseña al paciente a usar el timbre de mano, de la cabecera de su cuarto para solicitar ayuda en caso necesario.
- Se asiste y vigila al paciente durante la deambulación.
- Se le asegura un banco de altura en el área de la cama.
- Se verifica que las llantas de la cama sean seguras.
- Se verifica que las llantas del tripie funcionen adecuadamente.
- Se le asiste en el baño de regadera, además es apoyado por familiar (nieta).
- Se verifica que el sistema de iluminación del cubículo y baño este funcionando.
- Se le orienta al paciente, para que solicite su orinal en caso de ser necesario durante noche. Ver anexo 9.
- Se sugiere al señor M. y a la familia hacer modificaciones en su vivienda (cuarto de regadera) para proporcionar seguridad y prevenir el riesgo de caídas.

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, el señor m. comprende e identifica los factores de riesgo para accidentes y su prevención en el hospital/hogar.

Además el baño de su casa no contaba con asideros, los cuales le son colocados en el mes mayo.

Diagnóstico 2

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de infección, relacionada con la colocación de acceso temporal con catéter venoso periférico en miembro torácico derecho.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- Al señor M. Proporcionar cuidados de enfermería independientes e interdependientes, en relación a la terapia de infusión intravenosa durante su estancia hospitalaria.
- Educación para la salud de la persona y su red de apoyo (cuidadores), para una dinámica participativa, en el cuidado de las líneas de acceso intravascular (catéter periférico).

Intervenciones de enfermería:

- Monitoreo clínico de la curva térmica 1 vez por turno.
- Cuidados de terapia de infusión intravenosa.
- Curación de acceso de catéter periférico (cada 72 horas) dependiendo del apósito adherible que se utilice y/o PRN.
- Cambio de líneas de terapia intravenosa cada 24 horas (equipo de volumen, de venoclisis y llave de 4 vías).
- Manejo de líneas intravasculares con técnica estéril y principios básicos de prevención de infecciones.
- Vigilar Permeabilidad de la línea intravascular.
- Valorar continuamente datos de alarma de infección (eritema, secreción en el sitio de inserción del catéter periférico, extravasación, etc).
- Mantener la etiqueta de la fecha de instalación y curación de catéter periférico.
- Asistirlo en el baño de regadera.
- Proteger el catéter de humedad durante el baño de regadera.
- Educación para la salud de la persona y su red de apoyo (cuidadores), para una dinámica participativa, en el cuidado de las líneas de acceso intravascular (catéter periférico).

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, se mantiene sin datos de alarma de infección relacionada por la terapia de infusión intravenosa, al señor M. se le reinstala la venoclisis a las 24 horas de su estancia, por presencia de flebitis en el sitio de venopunción, se suspende terapia intravenosa 12 horas antes de su egreso hospitalario sin complicaciones de la misma, la persona y su red de apoyo (cuidadores), participan en el cuidado de las líneas de acceso intravascular. Hasta el día de 30 de junio, no hay datos de infección nosocomial.

Necesidad de comunicarse**Datos de independencia:**

Se expresa con claridad y fluidez, mantiene buenas relaciones armoniosas con sus hijas (en especial con la mayor), yernos, nietos, amistades y vecinos.

Le gusta que lo tomen en cuenta para decisiones familiares, manifiesta sus emociones y su sentir sin agredir o hacer sentir mal a los demás.

Datos de dependencia:

Hace aproximadamente cinco años, esta perdiendo la audición del oído izquierdo, si le habla despacio, a distancia y del lado contralateral, no entiende lo que se le dice claramente.

Diagnóstico de Enfermería:

Trastorno de la percepción sensorial acústica, relacionada con la pérdida de la audición izquierda por aterosclerosis, manifestado por distorsiones auditivas y alteración de la comunicación.

Planificación de los cuidados**Objetivos:**

-El señor M. Mantendrá su potencial de comunicación y percepción acústica derecha.

Intervenciones de enfermería:

- Fomentar la comunicación , potencializando la audición derecha.
- Enseñar la higiene y cuidados de oídos.
- Orientación de la realidad.
- Potencialización de la autoestima.
- Comunicación directa y eficaz.
- Educación para la salud de la persona y su red de apoyo (cuidadores), para mantener una buena comunicación en su entorno.
- Comunicación entre el equipo multidisciplinario (hipoacusia izquierda) y con la persona.

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, se potencializa la comunicación con la audición del oído derecho que es al 100%, además se aprovecha la audición izquierda que se encuentra disminuida pero no perdida.

Su autoestima es buena, se sabe una persona valiosa que tiene muchas cualidades.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores**Datos de independencia:**

Católico, acude a la iglesia el día domingo, se muestra satisfecho de la trayectoria de su vida y continúa teniendo sentido para él; aún con la pérdida de su esposa hace 8 años (proceso de duelo superado); cuenta actualmente con una pareja con quien convive satisfactoriamente. Considera que el respeto, honradez son indispensables para la convivencia y hay que dar al que menos tiene.

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de trabajar y realizarse

Datos de independencia:

Actualmente es jubilado, trabajó como obrero , recibe pensión aunque no es mucho dice alcanzarle para sus gastos personales y otros; los gastos mayores de la casa los cubre su familia.

Sabe oficios variados (electricidad, plomería, peluquería, etc), cuando puede realiza algún trabajó, recibiendo una pequeña cantidad de dinero "para el refresco".

Actualmente ocupa su tiempo en el cuidado de su casa y a la atención de su persona.

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas

Datos de independencia:

Es una persona alegre y sociable, le gustan los juegos de mesa, leer, escuchar música, salir al pueblo con la familia, asiste a un centro de seguridad social de actividades recreativas para adultos mayores.

Datos de dependencia:

No se observan.

Necesidad de aprendizaje

Datos de independencia:

Manifiesta interés por aprender a conocer más de los temas que se relacionan con su salud, es independiente para las actividades de la vida diaria, cuenta con el apoyo de un cuidador primario y el resto de su familia.

Datos de dependencia:

Adquirir y reforzar información específica en relación con su estado de salud, se hace acompañar de su hija mayor u otro miembro de la familia para su control médico

cuando tiene problemas que ameriten estudios especiales, hospitalización, etc; la familia tiene disposición para aprender como apoyar al señor M. pero necesitan reforzar algunos conocimientos.

Diagnóstico 1

Diagnóstico de Enfermería:

Disposición para mejorar los conocimientos en relación a su salud, relacionado con capacidad para el aprendizaje de temas de salud para su bienestar, manifestado por querer aprender rutinas de ejercicios físicos y respiratorios sin que presente deterioro de su salud.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- El señor M. Mejorará sus conocimientos sobre el cuidado y bienestar de su salud; mediante un dialogo activo e información impresa, con la participación de su familia (cuidador primario y secundario).
- El señor M. Recibirá información específica y clara de los temas que le interesan y que se considere necesario reforzarle.

Intervenciones de enfermería:

- Se concede tiempo suficiente para la interacción persona-persona.
- Informarle, orientarle, enseñarle y pedirle devolución del aprendizaje de las medidas y ejercicios para favorecer la higiene fisorespiratoria.
- Se enseña al paciente a checarsse la temperatura y cuales son las cifras normales (36° a 37.4°c).
- Se enseña al señor M. métodos para estimular la micción : presión en la parte inferior. del abdomen o la cara interna de los muslos; verter agua templada sobre el periné.
- Se le sugiere al paciente tener una ingesta de líquidos de 2 a 3 litros al día.
- Se enseña al señor M. y a la familia a mantener una orina ácida para la prevención de infecciones urinarias (agua de limón, tamarindo y jamaica).
- Enseñar a vigilar las características macroscopicas de la diuresis (color, olor y densidad)

- Se le enseña a realizar ejercicios del suelo pélvico (ESP)
- Se le enseñan técnicas para la lubricación de la piel (poner a su crema de uso aceite de almendras dulces), higiene y cuidados de oídos y narinas; con devolución del procedimiento.
- Potencialización de la autoestima. Ver anexo 7.
- Se ayuda al paciente al reconocimiento de los peligros ambientales. Ver anexo 9.
- Se refuerzan actividades de la vida diaria sin riesgo para su salud. Ver anexo 5.
- Se le sugieren actividades recreativas para fortalecer algunas funciones mentales del adulto mayor. Ver anexo 7.
- Se refuerzan las características para crear un entorno para el descanso.

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, la disposición para mejorar sus conocimientos y experiencia previa del paciente facilitó el trabajo de comprensión y devolución de procedimientos, además la participación dinámica y comprometida de su familia.

Se le ofrece apoyo al señor M. y familia para seguirlos asesorando en materia de salud de así requerirlo vía telefónica o en su domicilio.

Diagnóstico 2

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de cansancio del Rol de cuidador, relacionado con el cuidador primario, que es una mujer que desempeña múltiples roles sociales, su descanso y actividades de recreación son inadecuados.

Planificación de los cuidados

Objetivos:

- La señora Ma. mejorará la relación con los miembros de la familia, dándoles confianza para apoyar al señor M, cuando es necesario hacerlo en su domicilio y el hospital.
- La señora Ma. recibirá información específica y clara de los temas que le interesan y que se considere necesario reforzarle.

-La señora Ma. reconocerá sus necesidades propias de descanso, recreación y salud para ocuparse de mejorar su bienestar propio.

Intervenciones de enfermería:

- Se concede tiempo suficiente durante interacción persona-persona.
- Se le refuerza, el confiar en los miembros de su familia para apoyar al señor M.
- Se estudia junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles de su persona.
- Reconozca la señora Ma. dependencia e independencia que tiene el paciente de ella.
- Animar a la cuidadora que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Animarla a la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Se enseña a la cuidadora técnicas de manejo de estrés.
- Se da apoyo educativo a varios miembros de la familia para apoyar al señor M. con devolución del procedimientos.
- Se refuerzan las características para crear un entorno para el descanso.
- Se le sugiere aumentar los sistemas de la red apoyo (persona-familia).
- Se sugieren los grupos de apoyo para ella.
- Se dan estrategias para el manejo de energía (para delegar responsabilidades).
- Enseñar al cuidador a reconocer los signos y síntomas de riesgo de cansancio del cuidador.
- Motivar a la señora Ma. para que se descanse en las horas no aptas para la visita en el hospital.
- Se le sugieren más actividades recreativas con la familia y no trate de tener el control de todo.

Evaluación:

Se alcanza el objetivo planeado, la disposición de la señora Ma. para mejorar la relación con los miembros de la familia, dándoles confianza para apoyar al señor M, cuando es necesario hacerlo en su domicilio/ hospital.

-La señora Ma. recibe información específica y clara de los temas que le interesan y que se considero necesario reforzarle, con devolución del procedimiento satisfactoriamente.

-La señora Ma. reconoce sus necesidades propias de descanso, recreación y salud.

6. CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería, están inmersos en una sociedad cambiante, que evoluciona día a día, por eso el ejercicio de la enfermera ha sufrido cambios importantes y significativos que definen a la profesión de otras; siendo la enfermera la experta en el cuidado de la persona sana o enferma en cualquier etapa y situación de la vida.

Con el empleo del Proceso Atención de Enfermería, se cuenta con un instrumento de trabajo metodológico de los cuidados que proporciona la enfermera, permite mejorar la calidad de los procesos otorgados en los tres niveles de atención para la salud, es indispensable en el ejercicio de la enfermera profesional que tiene como meta identificar las necesidades de dependencia, estableciendo sus propios diagnósticos de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para establecer planes de acción e intervenciones evaluables para satisfacción y bienestar de la persona.

Los pasantes de la carrera de enfermería, tienen el reto y compromiso de aplicar el proceso de enfermería, con fundamentos científicos, en forma metódica, lógica y racional; siendo agentes de cambio en las instituciones donde laboran, permitiendo definir el quehacer de la enfermera de otras disciplinas, además ser enfermeras competentes ante la globalización y responder a las necesidades de transición epidemiológica del país.

Con la realización de este Proceso Atención de Enfermería en una persona adulto mayor, permitió desarrollar los conocimientos teórico prácticos adquiridos durante la formación académica y contar con nuevas experiencias de aprendizaje significativo.

En la Institución, donde se realizó este trabajo se contó con el apoyo del personal operativo e interés por conocer la metodología que se empleo en el desarrollo del proceso de enfermería elaborado.

Además se tuvo la participación entusiasta y comprometida de la persona y su familia, tanto en el hospital y egreso domiciliario.

Se considera importante, para que la enfermera continúe desarrollando procesos de enfermería las herramientas teórico prácticas adquiridas durante la formación académica y el seminario de titulación y esto no se vuelva un mero trámite administrativo de titulación, sino un compromiso de difusión continua en el ejercicio profesional.

7. SUGERENCIAS

Con la realización de este Proceso de Atención de Enfermería se reforzaron y adquirieron nuevos conocimientos sobre el tema; se considera necesario que en los planes educativos de la carrera de Enfermería se contemple desde el inicio de curso impartir diferentes talleres teórico prácticos de lectura y redacción, computación, proceso atención de enfermería (haciendo mayor énfasis en la construcción de los diagnósticos de enfermería y el plan alta domiciliario), el contar con estas herramientas básicas facilitara más a las alumnas(os) el desarrollo del proceso de enfermería durante el seminario de titulación.

También se necesita que el educando conozca la metodología para la publicación en revistas de enfermeras el proceso de atención de enfermería.

A los estudiantes de enfermería se les demanda más conocimiento y manejo del proceso de atención durante las prácticas clínicas, se necesita hacer ejercicios prácticos en hojas de registros clínicos de enfermería de diferentes instituciones de salud en la formación académica, así se evidencia su factibilidad y funcionalidad en el ejercicio de la profesión y se mejoran los estándares de calidad de los cuidados que proporciona la enfermera; siendo competente en el mercado laboral de las instituciones de salud y en el ejercicio independiente de la profesión.

Además se tuvo la participación entusiasta y comprometida de la persona y su familia, tanto en el hospital y egreso domiciliario.

Se considera importante, para que la enfermera continúe desarrollando procesos de enfermería las herramientas teórico prácticas adquiridas durante la formación académica y el seminario de titulación y esto no se vuelva un mero trámite administrativo de titulación, sino un compromiso de difusión continua en el ejercicio profesional.

7. SUGERENCIAS

Con la realización de este Proceso de Atención de Enfermería se reforzaron y adquirieron nuevos conocimientos sobre el tema; se considera necesario que en los planes educativos de la carrera de Enfermería se contemple desde el inicio de curso impartir diferentes talleres teórico prácticos de lectura y redacción, computación, proceso atención de enfermería (haciendo mayor énfasis en la construcción de los diagnósticos de enfermería y el plan alta domiciliario), el contar con estas herramientas básicas facilitara más a las alumnas(os) el desarrollo del proceso de enfermería durante el seminario de titulación.

También se necesita que el educando conozca la metodología para la publicación en revistas de enfermeras el proceso de atención de enfermería.

A los estudiantes de enfermería se les demanda más conocimiento y manejo del proceso de atención durante las prácticas clínicas, se necesita hacer ejercicios prácticos en hojas de registros clínicos de enfermería de diferentes instituciones de salud en la formación académica, así se evidencia su factibilidad y funcionalidad en el ejercicio de la profesión y se mejoran los estándares de calidad de los cuidados que proporciona la enfermera; siendo competente en el mercado laboral de las instituciones de salud y en el ejercicio independiente de la profesión.

8. GLOSARIO

Calidad: la calidad consiste en aquellas características del producto que satisfacen las necesidades del cliente, servicio ejemplar. Ausencia de deficiencias.

Competencia: disponer del conocimiento y las habilidades necesarias para realizar una acción de manera segura y apropiada.

Duelo: proceso de dolor, sufrimiento ante una pérdida, para elaborar la aceptación de la misma.

Envejecer: está constituido por el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Envejecimiento: es aquel proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro de un organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, aumenta su posibilidad de morir.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Geriatría: es la ciencia, rama de la medicina, dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias o frecuentes de la vejez.

Gerontología: es una ciencia aplicada que estudia los procesos de envejecimiento y los problemas de las personas mayores.

Holístico: Visión del ser humano en su totalidad, en forma integral (biopsicosocial y espiritual).

Nebulización: líquido finamente dividido o nebulizado; p. ej; con un chorro de aire o de vapor. Conversión de un líquido en rocío; tratamiento médico mediante un rocío.

Masticación: acto de triturar los alimentos.

Método: Los principios operativos que ayudan a pensar por sí mismos, la vía, el camino, el camino comprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer, es decir, permitimos "nacer con".

Necesidad: carencia que, si se satisface, reduce el estrés y fomenta la sensación de adecuación y bienestar.

Ortosis: dispositivo o aparato ortopédico que se emplea para sostener, alinear, prevenir, corregir las deformidades o para corregir las partes móviles del cuerpo.

Proceso: conjunto de las fases en evolución.

Proceso de envejecimiento: Es un proceso que involucra cambios en la célula, en el tejido y en los organismos.

Planeación: intención, proyecto, detalle de las cosas que hay que hacer para la ejecución de un proyecto. Conjunto de medidas para organizar y desarrollar las actividades.

Tanatología: estudio y tratado del proceso de la muerte, el enfermo terminal, el moribundo; como el fin último o término de la existencia de los individuos. Estudia y elabora los duelos vividos ante cualquier pérdida de crecimiento y desarrollo o crisis circunstancial de la vida.

Xerostomía: Sequedad de la boca por falta de secreción normal de saliva.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro Rosalinda, (1998). Aplicación del Proceso Enfermero. 4ª ed, Barcelona: Editorial Doyma, P 181.
2. Babb Pamela, (1998). Manual de Enfermería Gerontológico. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, Pp 12-29.
3. Balderas María de la Luz (1998). Ética de Enfermería . México: Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, Pp 24-25.
4. Collière Françoise, (1993). Promover la vida. España: Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, Pp14.
5. Conesa, (1995). Historia de la Enfermería. Madrid: Editorial Interamericana, Pp 395.
6. NANDA., (2003). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Editorial Elsevier, P 287.
7. Domínguez Alcón, (1996). Los Cuidados y la Profesión de Enfermería en España. Madrid: Editorial Pirámide.
8. Dorlands, (1989). Diccionario de bolsillo. 23ª ed. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, Pp 898.
9. Fernández-Ballesteros Rocío, (1999). La psicología de la vejez. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, Pp 29-36.
10. Fernández Carmen, (1993). El Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona: Editorial . Masson, Pp 3-10.
11. García Catalina, (2001). Historia de la enfermería. España: Editorial Harcourt, P 214.

12. Iyer Patricia, (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México: Editorial Mc-Graw Interamericana, Pp 2-15.
13. Kaschak Diane, (1994). Planes de cuidados en Geriatría. Madrid: Editorial Mosby/Doyma, Pp 58-82.
14. Kozier Barbara et, al.(1993). Enfermería Fundamental. 4ª edición. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Volumen: 1.
15. Mi Ja Kim, (1994). Guía clínica en enfermería, Diagnóstico en Enfermería. 5ª ed. España: Editorial Harcourt Brace, P 413.
16. Quezada Catalina, (1997). La función docente en la enseñanza clínica de enfermería . mecanograma, ENEO, UNAM, P 16.
17. Thévenon André, (1994). Rehabilitación en Geriatría. España: Editorial Masson, Pp 9-26.
18. Vázquez Silvia, (2004). Método Enfermero, Cuaderno de Trabajo. México: Editorial Manual Moderno, Pp 1.

Anexo no. 1

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema de Universidad Abierta

Instrumento metodológico para la Atención de Enfermería (modelo de virginia Henderson)

Presentación

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el Modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos, y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería. Posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuestos, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para el manejo del presente instrumento el alumno maneje los conceptos básicos del modelo teórico de Virginia Henderson.

Contenido

Presentación

I Ficha de identificación

II Valoración de necesidades humanas

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

Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje

Ficha de identificación

Nombre: Z. R. M Edad: 73 años Peso: 58 Kgs Talla: 1.64 cm
Fecha de nacimiento: 30-03-1932 Sexo: masculino cupación : Jubilado
Escolaridad: 4º de primaria Fecha de admisión: 18-03-05 Hora: 11:00 hrs
Procedencia: domicilio Fuente de información: persona y familia Fiabilidad: (1-4): 4
Miembro de la familia/ persona significativa: hija mayor.

Valoración de necesidades humanas

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

Necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Tos productiva/seca: secreciones blanquecinas espesas. Dolor asociado con la respiración: si Fumador: si fumo Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: desde los 25 años y lo deja

aproximadamente a los 40 años de edad, 1-2 cigarrillos ocasionalmente con filtro al día, refiere que por imitación por imitación y presión social.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

T/ A 100/70 mm Hg, FC: 88', FR:27', T: 37.1°C

Tos productiva /seca: productiva con secreciones transparentes que se vuelven amarillas y dificultad para expectorarlas.

Estado de conciencia: Glasgow 15puntos

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: con palidez y resequeadad, llenado capilar 3", con datos de cianosis peribucal y distal.

Circulación del retorno venoso: sin datos aparentes de insuficiencia venosa periférica, presencia de telealgias mínimas.

Necesidad de nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): blanda. Número de comidas diarias: 3-4

Trastornos digestivos: negados. Intolerancia alimentarias/ alergias: negadas.

Problemas de la masticación y deglución: masticación inadecuada por falta de piezas dentomolares Patrón de ejercicio: caminata diaria 15-30 minutos, ejercicios de estiramiento y relajación al levantarse por las mañanas durante 20 a 30 minutos.

Objetivo:

Turgencia de la piel: pérdida de elasticidad por la edad, datos de resequeadad por falta de lubricación sin presencia de eritema o lesiones.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: hidratadas.

Características de uñas/cabello: pelo bien implantado, canoso, delgado y uñas de las manos y los pies limpias sin datos de micosis.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: no requiere de apoyos ortopédicos.

Aspecto de los dientes y encías: 50% de carencia de piezas dentomolares, aseo dental deficiente y caries en molares superiores del lado derecho, incisivos superiores e inferiores completos y buen estado de salud.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: cicatriz quirúrgica no patológica de inguinoplastia derecha (2002), a los 7 días le retiran puntos de la sutura sin problema.

Necesidad de eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales : cada 24 horas evacuación intestinal de aspecto blanda y olor normal.

Orina: constantemente (7-10 veces al día), por la noche se levanta de 1-3 veces

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negadas.

Usode laxantes: no Hemorroides: no Dolor al defecar/orinar: al orinar disuria, tenesmo, polaquiuria y disminución de la fuerza del chorro.

Influyen las emociones en sus patrones de eliminación: negado.

Objetivo:

Abdomen, características: deprecible, mínimo paniculo adiposo, doloroso a la palpación, marco cólico aumentado de tamaño, distensión abdominal.

Ruidos intestinales: con ruidos peristálticos presentes de intensidad y frecuencia disminuidos.

Palpación de la vejiga urinaria: sin datos de retención urinaria (globo vesical).

Necesidad de termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si.

Ejercicio , tipo y frecuencia: caminata diaria 15-30 minutos, ejercicios de estiramiento y de fortalecimiento de músculos respiratorios por las mañanas por 20 minutos.

Temperatura ambiental que le es agradable: la del día.

Objetivo:

Características de la piel: pérdida de elasticidad por la edad, datos de resequedad por falta de lubricación, sin datos de eritema o lesiones dérmicas.

transpiración: sí.
Condiciones del entorno físico: habita en casa propia cuenta con 10 cuartos, de material de concreto y loza, 3 baños, tienen servicio de agua, luz, drenaje; zoonosis negativa.

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

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: sin problemas aparentes músculo esqueléticos que le límiten los cambios posturales y la marcha.

Actividades en el tiempo libre: caminar, platicar con su familia y vecinos, arreglar su casa Hábitos de descanso: apaga la radio a veces y/o televisión, se pone ropa cómoda para descansar Hábitos de trabajo: jubilado.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: el adecuado para la edad cronológica.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: adecuada:

Posturas: erecta Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: no.

Dolor con el movimiento: no Presencia de temblores: no.

Estado de conciencia: alerta, orientado en sus tres esferas.

Estado emocional: con sentido de vida.

Necesidad de descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: por la tarde Horario de sueño: a las 22 horas en promedio

Horas de descanso: 30' a 45' en promedio Horas de sueño: 6-8 horas.

Siesta: por la tarde Ayudas: no Insomnio: no Debido a: _____

Descansado al levantarse: si

Objetivo:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: no , antecedente de haber vivido un tiempo con ansiedad a raíz de que el médico le diagnóstico enfermedad pulmonar, recibió terapia psicológica de grupo, refiere haberla controlado y superado hasta el momento.

Ojeras: no Atención: si Bostezos: no Concentración: si

Apatía: no Cefaleas: rara vez Respuesta a estímulos: si

Necesidad de usar 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: no

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: si Vestido incompleto: no Sucio :no Inadecuado: no

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño: diario Momento preferido para el baño: cuando hace sol.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 1-2 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: no

Aspecto general: con buena alineación. Olor corporal: no Halitosis: no.

Estado del cuero cabelludo: cabello bien implantado, no es abundante, canoso, delgado sin datos de seborrea Lesiones dérmicas Tipo: no

Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: 3 hijas, 2 yernos, 3 nietos.

Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar: si Trabajo: si,
ahora ya es jubilado.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: externando sus
inconformidades, enojos, miedos, dudas e incertidumbres.

Objetivo:

Deformidades congénitas: no Condiciones del ambiente en su hogar: el cuarto de
regadera no cuentan con asideros, el resto del área física es segura.

Trabajo: cordialidad y compañerismo (jubilado).

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

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: viudo Años de relación: 40 años Vive con: sus hijas y nietos

Preocupaciones / estrés: a veces Familiar: si

Otras personas que pueden ayudar: si Rol en estructura familiar: abuelo materno

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si

Cuanto tiempo pasa solo: 2-4 horas en el día Frecuencia de los contactos sociales diferentes al trabajo: 4 días a la semana 2-3 horas en un centro de seguridad social.

Objetivo:

Habla claro: si Confuso: no Dificultad. visión: vista cansada, usa anteojos para
leer únicamente Audición: hipoacusia izquierda.

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

Si, hijas, yernos, nietos, sobrinos, amigos y vecinos:

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: católico, asiste el día domingo a misa y cree en "Dios y La Virgen de Guadalupe".

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no.

Principales valores en la familia: el respeto, honradez, la ayuda al necesitado

Principales valores personales: el respeto, honradez, la ayuda al necesitado

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido(grupo social religioso): no, viste conservador ropa de acuerdo a su edad.

Permite el contacto físico: si.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: sus imágenes religiosas y su rosario.

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente: no (jubilado) Tipo de trabajo:fábrica de cartón y asbestos Riesgos: inhalación de polvos, uso de maquinaria cortante, cargar sobrepeso Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 8-12 horas al día (35 años)

Esta satisfecho con su trabajo: si Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: si, actualmente (sus gastos personales).

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si.

Objetivo:

Estado emocional: calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: calmado.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: salir al pueblo con la familia, asistir al centro de seguridad social para adultos y jugar domino con un grupo de amigos.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: no.

Recursos en su comunidad para la recreación: si, (el jardín de la cultura, centro de seguridad social.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: si, tomeo de domino.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: si, funcional.

Rechazo a las actividades recreativas: no Estado animo apático/aburrido/
participativo: participativo.

Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: 4º año de primaria Problemas de aprendizaje: no.

Limitaciones cognitivas: no tipo:

Preferencias. leer/escribir: leer el periódico y escribir cartas de vez en cuando.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si.

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: si.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: sin alteraciones aparentes, con respuesta a estímulos externos. Organos de los sentidos: hipoacusia izquierda, vista cansada.

Estado emocional ansiedad, dolor: serenidad Memoria reciente: si

Memoria remota: si otras manifestaciones: no.

Anexo no. 2

Ejercicios de rehabilitación pulmonar

El envejecimiento humano es un proceso individual continuo e irreversible con cambios morfológicos y funcionales, el envejecimiento provoca principalmente disminución de la capacidad de adaptación de cada uno de los órganos y aparatos. El pulmón senil ventila mucho y superficialmente. El fin principal perseguido por la rehabilitación respiratoria es ayudar al paciente a que aprenda a respirar con el menor gasto de energía.

La rehabilitación pulmonar fue definida por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos como: un servicio permanente multidisciplinario dirigido a personas con una enfermedad pulmonar y a sus familiares cuyo objetivo es conseguir y mantener para el individuo el máximo nivel de independencia en la comunidad.

Los objetivos de la rehabilitación respiratoria son: 1.-controlar y aliviar al máximo los síntomas y las complicaciones de la fisiopatología respiratoria. 2.-enseñar al paciente a obtener la máxima capacidad funcional, para desempeñarlas actividades de la vida diaria. 3.-mejorar su calidad de vida.

Los componentes del programa de rehabilitación respiratoria integral incluyen las medidas generales: educación del paciente y su familia sobre lo que su enfermedad representa la importancia del proceso de su rehabilitación y lo indispensable de su colaboración y el apoyo de sus familiares.

La enseñanza de diversas técnicas de terapia física lleva al paciente a obtener un mejor control de su patrón respiratorio, a mantener permeables las vías aéreas y a disminuir la ansiedad y la disnea, contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. Las técnicas de terapia física empleadas dentro del programa de rehabilitación respiratoria integral incluyen relajación general muscular y mental patrón respiratorio, respiración lenta y prolongada con labios fruncidos, higiene bronquial con drenaje

postural, percusión y vibración manual, espiración forzada, ejercicios posturales y acondicionamiento físico.

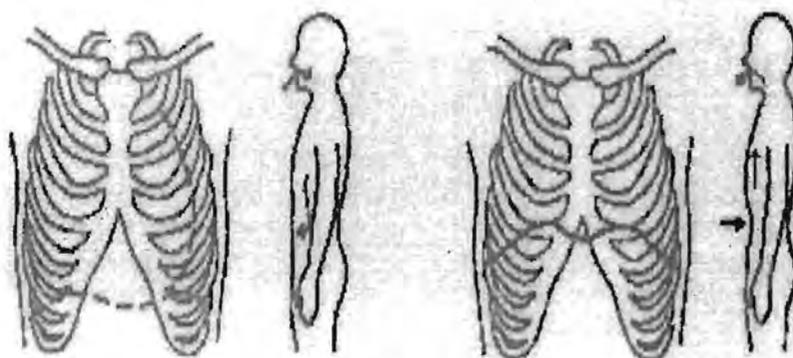
El equipo multidisciplinario debe tener entrenamiento acerca de las necesidades psicológicas, fisiopatológicas y educativas del paciente y de su familia. La interdisciplinariedad del programa radica en la motivación e integración de cada uno de los miembros del equipo (médico, enfermera, terapeuta respiratoria, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, trabajadora social, nutricionista, psicólogo.) y en consistencia de que forman parte de un proceso con la coordinación interior que busca conocer las necesidades, dificultades y logros alcanzados por el paciente y la familia en cualquiera de sus esferas.

Respiración diafragmática

- 1.-Informar al paciente las ventajas de este ejercicio respiratorio así como motivarlo evitando la frustración.
- 2.-Colocar al paciente con la mano dominante en el área abdominal media.
- 3.-Colocar la mano no dominante en el área media esternal.
- 4.-Instruir al paciente inhalar lentamente por la nariz, esto favorecerá a que el aire se caliente, se humedezca, limpie los cornetes relajando los músculos del cuello, ayudando a la movilización del diafragma.
- 5.-instruir al paciente para que observe como la mano dominante se mueve.
- 6.-Animar al paciente para que dirija el aire de tal modo que su mano dominante se mueva gradualmente con la inspiración continua.
- 7.-advierta al paciente del movimiento excesivo de la mano no dominante.
- 8.-Aplique una presión firme sobre el paciente con la mano dominante unos momentos antes de ordenar al paciente exhalar.
- 9.-indique al paciente como exhalar disminuyendo la presión a medida que inspira.
- 10.-Practique el ejercicio con el paciente las veces que sea necesario para que realice el ejercicio correctamente.
- 11.-aumente el nivel de dificultad gradualmente quitando las señales táctiles, visuales y por último las auditivas.

12.-Es importante iniciar enseñando la técnica en posición semifowler o decúbito dorsal en una posición cómoda para el paciente y mas segura, posteriormente sentado, parado, caminando y corriendo.

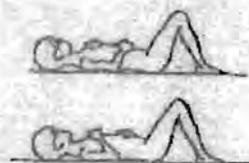
13.-El ejercicio de respiración diafragmática debe ser enseñado día a día, la secuencia mas eficaz es enseñar al paciente en diferentes posiciones: decúbito supino, semifowler, sentada y de pie e ir aumentando la dificultad conjuntamente con la exhalaciones con labios fruncido.



MECANISMO DE LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA



RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA CON TÉCNICA DE LABIOS FRUNCIDOS.



POSICIÓN DE LAS MANOS

Respiración de labios fruncidos

- 1.-Animar al paciente para que exhale frunciendo los labios para formar un canal amplio acortando los labios.
- 2.-Con esto se crea una obstrucción para exhalar el flujo de aire a una velocidad mas lenta e incrementar mas la presión.
- 3.-Enseñar al paciente hasta que lo domine.



RESPIRACIÓN CON LABIOS FRUNCIDOS.

Drenaje postural

Potenciales

- Aumenta el volumen expectorado.
- Mejora la salida de secreciones.
- Reduce la resistencia de las vías aéreas.
- Mejora la distensibilidad.
- Mejora el trabajo respiratorio.
- Mejora la oxigenación y ventilación.

Reduce el índice de complicaciones.

Corta estancia hospitalaria.

El drenaje postural es beneficio con el uso de percusiones largas y de vibraciones pulmonares para mejorar la eliminación de las secreciones después de la hidratación, humidificación, aerosoles y terapia medicamentosa.

Para colocar a un paciente desde un segmento pulmonar en particular deberá estar en posiciones específicas para drenar el segmento afectado, las secreciones que se han acumulado en el segmento deberán moverse hacia el segmento mas central con la posición, para que la técnica de espiración forzada las pueda remover mas fácilmente.

LOBULIA SUPERIOR IZQUIERDO
Segmento Anterior



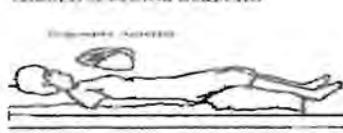
LOBULOS SUPERIORES
Segmento Apical



LOBULO SUPERIOR IZQUIERDO
Segmento Posterior



LOBULO INFERIOR DERECHO



LOBULO SUPERIOR DERECHO
Segmento Anterior



LOBULO DE LA LANCILLA SUPERIOR



LOBULO MEDIO DERECHO



LOBULOS INFERIORES
Segmento Superior Apical



LOBULO INFERIOR DERECHO
Segmento Posterior



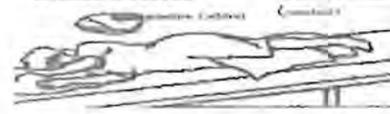
LOBULO INFERIOR
Segmento Central



LOBULO INFERIOR
Segmento Central



LOBULO INFERIOR
Segmento Central



Vibración

La vibración es la contracción isométrica que se produce con las extremidades superiores de la persona que va a emplear este método.

Las vibraciones son transmitidas hacia el tórax del paciente durante la fase espiratoria de la respiración de abajo hacia arriba.

Las vibraciones deberán ser con compresiones siguiendo los movimientos del tórax y serán muy efectivas si se administran durante la exhalación.

La vibración mejora la mucocinetica a través de la facilitación del movimiento ciliar.

Espiración forzada

Toser es un reflejo voluntario, es el método mas simple para eliminar secreciones desde las vías aéreas distales. Se utiliza la expectoración forzada para ayudar al paciente a expectorar.

Esto es a través de un cierre brusco de la glotis, sobre todo en la fase de expectoración de la tos, además de que ahorra energía.

Para que el paciente realice el acto voluntario de la espiración forzada debe de realizar los siguientes pasos:

- Requiera de una inhalación profunda.
- Mantener el aire en el interior de los pulmones durante unos segundos mediante el cierre de la glotis (tragando saliva) para crear un incremento de la presión intra torácica.
- Expulsar el aire de golpe por la boca ligeramente abierta a la vez que contrae el abdomen.
- En algunos pacientes con expectoración no controlada puede inducir fatiga fácilmente, dolor en el tórax, disnea y broncoespasmo.

Ejercicio de flexibilidad, estiramiento y postura

Los músculos accesorios de la ventilación están con frecuencia contracturados por sobre uso en pacientes con E.P.O.C. estos músculos pueden ser beneficiados con ejercicios de estiramiento, comúnmente los músculos contracturados son los

esternocleidomastoideo, músculos intercostales externos, trapecio superior, pectoral mayor y menor, el gran dorsal serrato anterior y flexores de cadera.

Los ejercicios de movilidad del tronco incrementan la flexibilidad de la caja torácica y de la espina dorsal.

Los ejercicios de alineación del cuello pueden ayudar a la alineación de los músculos que con frecuencia están contracturados.

Estiramiento

Los ejercicios de estiramiento relajan al músculo, en este caso el trapecio medio inferior, romboide, los externos de la espalda y flexores de cadera.

El entrenamiento con peso para los pacientes con E.P.O.C. pueden ser iniciados con pesos ligeros.

La progresión gradual a pesos más pesados es necesaria, debe haber un estiramiento para que los pacientes puedan tolerar más resistencia sin afectar la respiración, esto es importante para coordinar la respiración con levantamientos de peso y evitar el agotamiento.

Para algunos pacientes hospitalizados severamente dañados, los ejercicios con levantamiento general son usados para preservar la fuerza y prepararlos para ejercicios más avanzados.

Los ejercicios de extensión en miembro superior y en miembro inferior unilaterales, coordinados con la respiración son usualmente los más tolerados en un principio. Para que después lo realicen bilateralmente y finalmente agregar ejercicios de tronco (Kaschak).

Anexo no. 3

RESPIFLO

EJERCITADOR RESPIRATORIO * RESPIRATORY EXERCISER * EXERCISEUR RESPIRATOIRE

Retirar el RESPIFLO de su bolsa y el tubo de su alojamiento. Fijar el extremo del tubo en la base del ejercitador.

Durante todo el tiempo de ejercicio respiratorio, el paciente deberá posicionar verticalmente el RESPIFLO a la altura de su cara.

POSICIÓN DE USO*
IN-USE POSITION*
POSITION D'UTILISATION*



POSICIÓN DE REPOSO*
RESTING POSITION*
POSITION DE REPOS*



Antes y después de utilizar el RESPIFLO lavar la boquilla con agua templada; dejarla secar en el porta boquilla y volver a colocar el RESPIFLO en su bolsa de origen hasta su utilización posterior.

Fabricado en: Manufactured in: Fabricado en:

VED MEDICAL S.C.L.

C/El Miras, 10-12

09110 Montada - Huelva

Barcelona, Spain

MODOS DE EMPLEO:

- 1.- Antes de iniciar el ejercicio, exhalar normalmente y solo entonces colocar la boquilla del tubo en la boca, ejerciendo una presión con los labios.
- 2.- Con el fin de obtener un caudal de inspiración bajo, inhalar hasta conseguir la elevación de la primera bola. Mantener esa posición durante el mayor tiempo posible. La segunda y la tercera bola deberán permanecer en su posición inicial.
- 3.- Para obtener un caudal de inspiración más importante inhalar hasta la elevación completa de la primera y segunda bola en sus respectivas cámaras; la tercer bola deberá permanecer en su posición inicial. Para conseguir un caudal de inspiración máximo inhalar profundamente hasta la completa elevación de las 3 bolas.
- 4.- Soltar la boquilla y exhalar. Descansar un momento respirando normalmente.
- 5.- Repetir el ejercicio según las indicaciones del especialista.

Anexo no. 4

Ejercicio físico sin riesgo durante el envejecimiento

Entre los ejercicios más recomendados se encuentran:

- a) Caminar, por un espacio de 30 a 45 minutos, esto de forma constante y en superficies llanas (es decir sin baches, topes o banquetas).
- b) Bicicleta, de poderse realizar en espacios abiertos, debe evitarse calles transitadas y de preferencia debe ser en algún parque, existen aquellos que tienen ciclistas, puede realizarse por espacio de una hora y dependerá de la capacidad física y cardíaca de quien la realiza. También existen las bicicletas fijas, las cuales presentan un mayor margen de seguridad, pero debe estar al atento a la frecuencia cardíaca.
- c) natación, es uno de los ejercicios más completos, para aquellas personas que lo han practicado, sólo requiere que se valore de forma periódica su estado de salud, y en quienes no lo han practicado, y que así lo desean, es recomendable una valoración clínica previa y una asesoría constante.

Se recomienda seguir las siguientes precauciones:

1. Compañía, evite realizar sus ejercicios solo (con ello si presenta algún malestar puede tener ayuda a la mano, el estar acompañado le creará un ambiente más agradable y puede ser de ayuda para la realización de cierto ejercicios).
 2. seguridad, cuando sus ejercicios los realice de pie, procure estar junto a la pared o apoyarse en un barandal, (con ello, si existen mareos podrá tener un apoyo).
 3. Adaptación, si su rutina de ejercicios al realiza al aire libre y en espacios abiertos, es recomendable que la realice después de las 11:00 de la mañana y antes de las 6:00 de la tarde, sobre todo en días de frío y lluvia.
 4. precaución, es recomendable también que se realice donde haya tierra o pasto y no sobre concreto (esto también dependerá del tipo de ejercicio), con la finalidad de que en caso de alguna caída no resulte de consecuencias graves.
- d) Prudencia, no realice ninguna rutina de ejercicios en ayunas, ya que esto puede ocasionar hipoglucemia (baja de azúcar en la sangre). (Thevenón, 1994).

Anexo no. 5

Actividades de la vida diaria con técnicas de respiración

Los pacientes pueden modificar su respiración con cambios de posición como al voltearse o sentarse.

La coordinación de las técnicas de respiración es con las siguientes actividades:

Caminar, llevar sobre pendientes, ascender escaleras, metiendo el aire al iniciar la actividad y sacando el aire en una nueva posición dentro de la misma actividad.

Generalmente los movimientos que expanden el tórax son coordinados con la espiración, por ejemplo estas actividades:

El ascenso a escaleras es mas fácil hacerlo descansando durante la inspiración y subir lento exhalando, por lo tanto es necesario realizar estas actividades lentamente.

Estas actividades con frecuencia al paciente le incrementan su disnea, las actividades que realiza deben ser analizadas ya que el paciente se mueve en general rápidamente y sus extremidades están rígidas.

Esta forma de realizar las actividades utilizan mas energía que las que se realizan de manera lenta y relajadas, moviendo sus extremidades individualmente.

Existen tres maneras de conservación de energía:

- 1.-Aumento de la conciencia de cómo realizar las actividades de la vida diaria.
- 2.-Modificar sus actividades usando estrategias que le ayuden.
- 3.-Compensación a través de otros métodos por aumento de la confianza en realizar otras actividades (Kaschak, 1994).

Anexo no. 6

Beneficios obtenidos a través del desarrollo de alguna actividad física

Psicoafectivos

- Mejora al autoestima.
- Preserva la autonomía.
- Mejora el estado sueñovigila.
- Ayuda en el tratamiento de la ansiedad o la depresión.
- Permite la aceptación de posibilidades y limitaciones.

Físicos

- Disminuye la sensación de esfuerzo.
- Permite mayor capacidad para el desarrollo de actividades de la vida diaria.
- Ayuda a regular la tensión arterial.
- Facilita la captación de glucosa en el músculo.
- Retarda la pérdida del calcio.
- Mejora la función intestinal.
- Ayuda a regular los niveles de colesterol en la sangre.
- Disminuye la formación de depósitos en riñones y conductos urinarios.

sociales

- Evita el aislamiento.
- Fomenta la participación en actividades sociales y en grupo.
- Desarrolla el trabajo en equipo.

Metabólicos

- Incrementa la sensibilidad a la insulina.

ANEXO NO. 7

Actividades recreativas que fortalecen algunas funciones mentales del adulto mayor

Memoria a corto plazo: lecturas comentadas, juegos de palabras, chistes, refranes, memoramas, análisis de programas de televisión o películas, dominó, ajedrez, poesía, viajes y excursiones.

Funciones visoespaciales: pintura, dibujo, tejido, bordado, estampado, juegos de destreza, rompecabezas, lectura, fotografía, aritmética, cubilete, dominó, cartas, ejercicios de cálculo.

Solución de problemas: juegos de mesa (damas chinas e inglesas, ajedrez, turista), juego de palabras, crucigramas, acertijos.

Habilidades perceptivas: acuarios, terrarios, pintura, modelaje con plastilina, escuchar música, fotografía, jardinería, día de campo, visita a museos, charlas.

Habilidades psicomotrices: caminata, bicicleta, natación, gimnasia, rompecabezas, pintura en cerámica (thevenón, 1994).

Anexo no. 8

Crear un entorno para el descanso

Cómo reducir los estímulos ambientales

- Cerrar la puerta de la habitación de la persona
- Correr las cortinas de su cama (si tiene)
- Desconectar el teléfono
- Poner música suave
- Reducir o apagar la luz
- Proporcionarle una lámpara buró

-Reducir al máximo los ruidos como las conversaciones, la T.V.

Favorecer la comodidad y la relajación

-Las medidas confortables son esenciales para ayudar a la persona a descansar y que duerma en realidad, especialmente si los efectos de la enfermedad personal interfieren con el descanso.

-Las técnicas de relajación se deben estimular como parte de la rutina nocturna, respirar lenta y profundamente durante unos pocos minutos seguido de una contracción rítmica lenta y una relajación muscular puede aliviar la tensión e inducir a la calma.

Medidas para la comodidad

-Utilizar ropa holgada para dormir.

-Fomentar rutinas higiénicas.

-Asegurarse que la ropa de cama es suave, limpia y seca; proporcionar más mantas para que no sienta frío. A muchas personas les gusta colocarse calcetines.

-Mencionarle a la persona que evacue y orine antes de acostarse y que no ingiera líquidos en la noche para prevenir la necesidad de usar el baño durante las horas de sueño.

-Ofrecerle dar un masaje en la espalda antes de dormir.

-Escuchar las preocupaciones de la persona y tratar los problemas cuando aparezcan.

Favorecer el sueño

-Hacer ejercicio durante el día, pero evitar hacer actividades estimulantes antes de acostarse.

-Eliminar la cafeína y el alcohol por la noche.

-Pasar un rato relajante antes de acostarse.

-Irse a la cama cuando se siente con sueño y no cuando está despejado.

-Utilizar la cama, principalmente para dormir para que así se asocie sólo con el sueño.

-Cuando sea incapaz de dormir, realizar alguna actividad relajante hasta que se sienta con sueño.

-Si es incapaz de dormir en la madrugada, levántese y realizar una actividad ociosa que le dé sensación de éxito.

-Establecer un horario regular de acostarse y levantarse para evitar interrupciones en su ritmo biológico.

-Si es necesario una siesta, llevarla a cabo siempre a la misma hora (Kozier, 1993).

Anexo no. 9

Prevención de accidentes para las personas

La capacidad de las personas para protegerse a si mismas de la lesión está afectada por una serie de factores, tales como la edad, el estilo de vida, la percepción sensorial, el conocimiento, la movilidad, el estado emocional, la capacidad de comunicarse, la historia de accidentes previos, los conocimientos sobre seguridad, y la existencia de riesgos de seguridad en el hogar.

Prevenir las caídas:

- Asegurarse de que todas las habitaciones, pasillos y escaleras están adecuadamente iluminadas.
- Poner un interruptor de luz fácilmente accesible cerca de la cama.
- Dejar una luz de noche encendida en el pasillo o en el baño.
- Salir lentamente de la cama, es decir, sentarse antes de ponerse de pie y quedarse un momento de pie antes de empezar a andar, para prevenir los mareos por hipotensión ortostática.
- Instalar agarradores en el cuarto de baño cerca del retrete y de la bañera.
- Asegurarse de que los tapetes u alfombras están bien sujetos al suelo y escaleras.
- Asegurarse de que los cables eléctricos están asegurados contra los rodapiés para prevenir que se tropiece.
- Mantener las aceras y escaleras interiores y exteriores bien reparadas.
- Instalar barandillas fuertes y antideslizantes a lo largo de las escaleras.

Prevenir las quemaduras:

- Comprobar la temperatura de agua del baño y las mantas eléctricas. Hacer correr el agua fría antes que la caliente.
- Bajar los termostatos de los calentadores para que den agua templada mejor que caliente.
- Evitar fumar en la cama o cuando se está adormilado.
- Instalar alarmas para humos.
- Colocar un extintor de mano en una zona conveniente de la casa, p. ej; la cocina.

- Sofocar el fuego de la grasa de la cocina con una tapa grande de sosa.
- Evitar llevar ropas sueltas cuando se cocina.
- No sobrecargar los circuitos eléctricos y mantener un buen funcionamiento de los aparatos eléctricos.
- Mantener sin obstrucciones los pasos hacia el exterior.

Prevenir los accidentes peatonales:

- Llevar ropa reflectante o de colores claros por la noche.
- Cruzar las calles en las intersecciones por los pasos de cebra y semáforos cuando sea posible; no cruzar las calles principales por en medio.
- Asegurarse de mirar a ambos lados antes de salir del bordillo.

Prevenir los accidentes de noche:

- Realizar exámenes oculares regulares para valorar la visión, adquirir las correcciones refractivas adecuadas, y detectar precozmente otros problemas.
- Llevar gafas de sol grises o verdes de buena calidad durante el día para reducir el resplandor.
- Colocar espejos en ambos lados del coche y mirar siempre por el retrovisor y los espejos laterales antes de cambiar de carril.
- Mirar siempre a la parte de atrás del vehículo por si hay personas u obstáculos antes de dar marcha atrás.
- Evitar fumar cuando se conduce, especialmente por la noche. El humo puede reducir la velocidad.
- Seguir las restricciones de su médico, si las hay, sobre donde y cuando conducir.
- Aprender los efectos de la medicación prescrita sobre la capacidad de conducir.
- No beber y conducir.
- Parar periódicamente para estirar los músculos y descansar los ojos.
- Dejar las ventanillas del coche parcialmente abiertas y poner bajos la radio y los ventiladores para que se puedan oír las sirenas y bocinas.
- Hacer que se vuelva a evaluar periódicamente la capacidad de conducir.
- Mantener el automóvil en buen estado y las luces delanteras, traseras y las intermitentes limpios para que sean visibles para los demás (Kozier, 1993).

Anexo no. 10

Técnica de cepillado dental

1. Humedecer las cerdas de un cepillo de dientes y colocarlo contra las dientes a un ángulo de 45°.



Las puntas de las cerdas externas deben reposar contra el canal y penetrar bajo él. El cepillo limpiará bajo el canal de dos o tres dientes cada vez.



Mover las cerdas hacia atrás y hacia delante con un movimiento de vibración o traqueteo, desde el canal hasta las coronas de los dientes.

1. Repetir hasta que limpien todas las superficies de los dientes y los canales de las encías.
2. Limpiar las superficies de morder moviendo el cepillo hacia atrás y hacia delante sobre ellas a toques cortos.
3. Después de que se cepillen los dientes, enjuagar la boca con agua para eliminar las partículas de comida y el exceso de pasta dental (Kozier, 1993).