



Secretaría de Salud  
Dirección de Planeación y Coordinación Sectorial  
Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD  
DEL DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO  
CON ALTERACIÓN METABÓLICA BASADO EN LA TEORÍA DE  
VIRGINIA HENDERSON**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**ADRIANA MIJANGOS ESCAMILLA**

**DIRECTORA DE TRABAJO**

**MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ**



*Tu salud nos mueve*





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** por darme la vida, y  
por estos años vividos.

La experiencia adquirida,  
la sabiduría que me ha dado, y la dicha de tener una familia a mi lado siempre.

El Señor es mi pastor: nada me falta.

En verdes praderas me hace recostar me conduce hacia fuentes tranquilas y repara mis  
fuerzas;

Me guía por senderos oportunos

Como pide su título.

Aunque camine por cañadas oscuras,

Nada temo: Tú vas conmigo;

Tu vara y tu cayado me sosiegan.

Me pones delante una mesa

Frente a mis enemigos.

Me unges con perfume la cabeza,

Mi copa rebosa.

Tu bondad y lealtad me escoltan

Todos los días de mi vida;

Y habitaré en la casa del Señor

Por días sin término.

(Ez 34; Jn 10)

**A mis padres:** por darme todo su amor y brindarme su apoyo incondicionalmente en todos los momentos de mi vida.

**A mis Hermanos:** Gracias por todos los momentos que hemos vivido momentos llenos de sentimientos y pensamientos compartidos, Gracias por dedicarme tiempo, tiempo para demostrar su preocupación por mí.

**A Dánae Monserrath:** por compartirme a su mamá en los momentos que debería estar con ella, porque gracias a su apoyo y dedicación he logrado un triunfo más en la vida.

**A mis Profesores:** que fueron una guía en mi aprendizaje y formación académica.

**A mis Amigos:** que lo supieron ser y que están a mi lado compartiendo momentos buenos y malos en la línea de vida y que a pesar de las caídas que enfrentamos en nuestra formación seguimos adelante y por todos aquellos que saben el significado de la verdadera amistad.

**“Mil Gracias”**

## ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	3
III.- OBJETIVO.....	4
IV.- MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 Enfermería como profesión.....	5
4.2 El Cuidado de Enfermería como objeto de Estudio.....	6
4.2.1 Concepto.....	10
4.2.2 Antecedentes.....	11
4.2.3 Tipos de cuidado .....	15
4.3 Teoría de Enfermería: .....	15
4.3.1 Concepto .....	15
4.3.2 Objetivo.....	16
4.3.3. Clasificación .....	17
4.3.4. Teoría de Virginia Henderson. ....	18
4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado	22
4.4.1 Concepto .....	22
4.4.2 Características .....	22
4.4.2. Objetivos .....	23
4.4.3 Etapas del proceso:.....	25
4.5 La persona adulta .....	29
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.....	29
4.5.2. Enfermedades más frecuentes en la etapa Adulta .....	42
4.5.3. Diabetes Mellitus( fisiología, Diagnostico Médico y Tratamiento) ...	46
4.5.4. Medidas preventivas en el paciente diabético .....	54

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN METABÓLICA .....	57
5.1. Presentación del caso. ....	57
5.2. Resultados de la valoración .....	61
5.3. Diagnósticos Reales y Potenciales .....	62
VI.- CONCLUSIONES .....	76
VII.- BIBLIOGRAFÍA .....	77
VIII.- ANEXOS .....	79

## INTRODUCCIÓN

Enfermería es una ciencia joven, tenemos que recordar que la primera teoría de enfermería es la de, Florencia Nightingale a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una Filosofía de entender la enfermería y el cuidado. Los fundamentos teóricos y metodológicos constituyen las bases del pensamiento enfermero y las orientaciones para actuar en la enfermería desde una perspectiva enfermera. Proporciona los conocimientos, metodologías, habilidades y técnicas, es decir de competencias disciplinares.

El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Éste está constituido por: Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina, Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en teorías y modelos todos ellos consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en este trabajo se retoma la teoría de Virginia Henderson quién menciona que la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, del individuo quien las podría llevar a cabo si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Por lo tanto Enfermería es una profesión que nace con el hombre, pero la Ciencia debe satisfacer las demandas de salud de los individuos , cubrir sus necesidades a lo largo de su vida , y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos . Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención , pero ellos deberán de ser proporcionados a través de una

metodología científica y sistematizada , mediante un proceso de atención con planes de cuidados individuales que ayuden a cada persona en la medida en que lo necesite, pues cada individuo es diferente en sus necesidades de atención, en caso de enfermedad, ayudarlo en la batalla para recuperar la salud y con el individuo sano mantener la promoción para la conservación de la misma

El presente Proceso atención de enfermería se aplico a un hombre de 51 años de edad, que acude a la consulta de medicina familiar por presentar una fractura en falange distal en dedo medio de superior izquierdo y así mismo para su control de su enfermedad crónica de Diabetes Mellitus, bajo el modelo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

## **JUSTIFICACIÓN**

El aplicar el proceso de atención de enfermería requiere del análisis de diversas conceptualizaciones que de enfermería se han tenido debido a la relación que existe entre ambos. Así mismo la enfermera es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas fisiológicas.

El proceso Atención de enfermería es una herramienta metodológica propia para dar cuidado por lo cual el profesional de enfermería, identificara y aplicara su autonomía en la practica en su deber ser.

Con la Aplicación de proceso enfermero y siguiendo una teoría y un modelo de enfermería como es el de Virginia Henderson se revisan las 14 necesidades aun adulto mayor aplicando los cuidados enfermeros en las necesidades detectadas para mejorar y mantener su calidad de vida.

## **OBJETIVO**

Desarrollar y aplicar un Proceso de Enfermería a un paciente adulto con enfermedad crónica degenerativa (Diabetes Mellitus) basado en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de lograr la satisfacción de todas sus necesidades

## IV.- MARCO TEORICO

### 4.1 Enfermería como Profesión:

Es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar, de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente (Leininger 1998).

Henderson definió enfermería como la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza de voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible , para Nightingale menciona que enfermería es “el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración y con el menor gasto de energía por el paciente (Marriner 1999).

A través de las diferentes conceptualizaciones en la actualidad enfermería es una profesión dinámica dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial, y espiritual de las personas resaltando que sus acciones están sustentadas científicamente ya que cuenta con un conjunto de habilidades que depende del sello personal de quien lo realice reflejando un arte propio de una disciplina porque posee un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica, como profesión la enfermería requiere de conocimiento y se apoya de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas, que permite ofrecer un servicio único, es vocacional, esta ejercida por profesionales, requiere de preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad.

La enfermería como profesión requiere de una guía moral con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud y prolongar la vida del hombre.

La enfermería es una disciplina que requiere de una formación sólida, basada en conocimientos científicos bien establecidos donde la profesional de enfermería sustente cada una de sus acciones, sabiendo que cuenta con los elementos suficientes y necesarios para hacer frente a las necesidades de salud de un individuo, familia o comunidad, incluyendo los tres niveles de atención en donde puede influir profesionalmente. (Ledesma 2005).

#### **4.2 El Cuidado de Enfermería como objeto de Estudio:**

La historia de la Enfermería se remonta a mediados del siglo XIX, con a través de Florencia Nightingale se empieza a identificar las actividades propias de la enfermería. En su libro notas de enfermería nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe según su curso en el paciente; más de cien años han transcurrido desde entonces y el valor de esta visión sigue aun latente. Los escritos de Florence Nightingale reflejan el cuidado ofrecido aquellos que sufrían las consecuencias de la guerra de Crimea. Nightingale articuló uno de los mayores focos de la enfermería moderna: la conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente. Nightingale trató por primera vez de diferenciar entre enfermería y medicina. Ella argumentó que estas disciplinas tienen una perspectiva, la enfermera no necesita saber todo sobre los procesos de enfermedades y debe entender la influencia que el medio ambiente ejerce sobre el enfermo (Grispun, 1992).

Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están influenciados por eventos religiosos y militares; la enfermería profesional se inicia en Londres Inglaterra con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860 en el hospital H. Tomas. Aunque en Europa en el siglo XVII ya se daba entrenamiento a

las mujeres que atiendan a los enfermos. Fue en Alemania en la escuela de las diaconisas de Kaiserswerth donde Florencia se entrenó.

En Francia la primera escuela de enfermería profesional se establece en el hospital de Salpêtrière.

En Estados Unidos de Norteamérica se fundan las escuelas consideradas como pioneras en la formación de enfermeras; la del hospital de mujeres en Filadelfia en 1861 y el hospital de mujeres y niños de Nueva Inglaterra atendido por mujeres médicas. Uno de los objetivos fundamentales fue la preparación de enfermeras que se inician en 1862, pero no fue hasta 1872 cuando se establece un programa formal de un año.

En México existió una gran crisis a finales del siglo XIX debido a la expulsión de las órdenes religiosas, se acentúa más la crisis en la atención hospitalaria ya que esta quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación sin otra motivación que la remuneración.

Por acuerdo en 1898 del presidente Porfirio Díaz la primera escuela práctica y gratuita de enfermeras se estableció en el hospital de maternidad e infancia.

Fue el Dr. Eduardo Liceaga quien trajo de Estados Unidos enfermeras que pudieran organizar y dirigir una escuela de enfermería en el hospital General de México. Las enfermeras Rose Crowder y Rose Warden fueron las primeras en organizar la escuela de enfermería en México. La escuela de enfermería se inaugura dos años después el 9 de febrero de 1907 en reglamento se establece que la carrera fuera de tres años. (Brito M 1966)

La enfermería ha tenido cambios en la estructura de sus planes de estudio y ha venido desarrollándose paulatinamente desde considerarla como una profesión técnica, hasta la formación de la licenciatura en enfermería impartida en las universidades sin olvidar que se formó en diferentes etapas:

**a) *Etapa Doméstica:***

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, por este motivo en esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada en este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar. En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos. Etapa doméstica de los cuidados.

**b) *Etapa vocacional:***

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de esa época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas

establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de la persona dedicada al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Actitudes consideradas en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de DIOS, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo del tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con dios.

Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación a excepción de la religiosa. La enfermera de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

### ***c) Etapa técnica:***

La etapa técnica de los cuidados se relaciona con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad.

Hace especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

#### **d) Etapa Profesional:**

Por último, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual. (García M. 2007)

#### **4.2.1 Concepto:**

Cuidado etimológicamente significa Del latín “cura “cuidado solicitud, Del latín “cogitare” pensar, prestar atención ( a alguien), poner solicitud ( en algo) “Es ante todo, un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dignas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca...” El cuidado es la clave de la profesión, en el origen de las practicas de cuidados; su influencia en la práctica de enfermería, como nos lo dice Colliere. (1993) “cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo, luchar contra la muerte del individuo, del grupo y de la especie.

El constante error mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados “lo que hace pensar que solo los tratamientos representan la acción terapéutica la antigua expresión de “cuidarse de “muestra que no se trata de luchar contra la enfermedad, si no de vincularse aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones para su desarrollo. Ahora bien ningún tratamiento puede sustituir los cuidados, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados.

Los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida en relación con la vida del grupo, asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano y al que es una de las más antiguas expresiones para la historia del mundo: cuidar de, era cuidar de las mujeres del

parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas de los instrumentos de caza, pieles; mas tarde de la cosecha de los animales domésticos. Etc. (Colliere 1988).

#### **4.2.2 Antecedentes:**

Desde el inicio de la vida, los cuidados resultan indispensables para permitir la continuidad de esta, los cuidados desde su origen tienen como finalidad mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que permitan la reproducción y la continuidad de la especie. El cuidado es una actividad que nace y va evolucionando ligada a la mujer puesto que esta es la primera en ofrecer cuidados por medio de su cuerpo al recién nacido, debido a sus características biológicas y a los conocimientos intuitivos, las principales responsabilidades femeninas eran el mantenimiento del fuego. La alimentación recolección de vegetales que implica la selección de alimentos, el cuidado de la gestante para asegurar la continuidad de la especie y de la vida.

Con las primeras religiones los cuidados se dirigían al cuerpo en su totalidad basándose en la estimulación de sensaciones corporales mediante esas recetas naturales y el contacto con la piel, con el objeto de proporcionar bienestar, armonía, placer satisfacción, calma alivio del dolor y del sufrimiento por lo tanto el contacto directo con la piel y los métodos naturales se consideraban paganos. En la época moderna se produce un auge de la ciencia con el fin de dar explicaciones a todos los fenómenos en el ámbito de salud erradicar la enfermedad, los cuidados corporales se mecanizan en cuidados técnicos.

En la actualidad gracias a las aportaciones de las ciencias humanas, existe una diferente visión integradora donde los cuidados, no solo de estudio sino que abarca a la persona en su totalidad, a su familia y a la sociedad pretende un desarrollo y la promoción de la salud, enseñando a la sociedad a cubrir sus

necesidades desarrollar sus potencialidades para conseguir una vida más saludable (Colliere 1988).

Desde el punto de vista disciplinar el cuidado es el objetivo de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud la literatura indica que el termino cuidado se ha venido usando a partir de los años sesenta, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

La mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción del cuidado se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

Planear afirma que cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar, el cuidado es alcanzado por una conciencia e intima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas técnicas y conocimientos.

Paterson y Zderad (1979) mencionan la noción de la enfermedad va mas allá del mero desequilibrio biofisiológico. (1978,1980) enfermera antropóloga quien a fines de los años 70 inicio un estudio sistemático del término.

Leininger 1978 afirma “el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento desarrollo y supervivencia de los seres humanos.

Esta autora asegura que el cuidado fue el factor esencial que asistió al homosapiens en su evolución cultural. El cuidado humano ha permitido a la especie humana vivir y sobrevivir sobre las más adversas condiciones ambientales económicas y políticas.

La despersonalización a la que conduce la cultura tecnológica corre el riesgo de disolver la práctica ancestral del cuidado en la aplicación tecnológica de tratamientos biomédicos.

Para Nightingale el cuidado se relacionaba con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Melies 1985).

La finalidad de la enfermería consistía en colocar en la mejor situación posible para que la naturaleza actuase sobre él.

Según Leininger el cuidado genérico:

Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

El cuidado y la atención que los padres dispensan a los hijos durante la crianza o la preocupación que puede experimentar una persona por un amigo son ejemplos del cuidado genérico.

Los cuidados profesionales son definidos como:

Aquellas acciones, conductas técnicas procesos o patrones aprendidos cognitivamente y culturalmente que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los trabajadores sociales y los educadores en general desarrollan actividades de cuidado profesional porque muestran un interés por el desarrollo de los individuos y la mejora de su existencia ejemplos del cuidado profesional.

Los cuidados profesionales enfermeros son:

Todos aquellos modo humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente de ayudar a capacitar individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.

Aunque cuidar es instintivo, para hacerlo se necesita de amor, comprensión empatía interés preocupación deseos de “producir bienestar de la otra persona a

través de ciertas acciones características de las propias enfermeras. (Medina, 1999)

Con la evolución de la medicina, la industrialización y la creciente tecnología, el ser humano se ha reducido a un ser biológico, a una enfermedad, un órgano enfermo, un numero de cama, que se cura gracias a la aplicación de biotecnología de alta especialidad “por lo que cuidar se convierte en tratar la enfermedad” (Colliere, 1993).

Según Watson el cuidado es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso con la experiencia humana de la enfermedad experiencia que mas allá de un conjunto de desarreglos biológicos, se inserta en la dimensión psíquica social, moral y cultural de la persona y colocando por tanto a la enfermería en una dimensión de la realidad que trasciende en el plano tecnológico.



### **4.2.3 Tipos de Cuidado:**

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

**Care:** son los cuidados de costumbre y habituales y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida

**Cure:** son los cuidados de curación concernientes con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre o habituales están basados en todo tipo de hábitos de costumbres y creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, moverse, así todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas los objetos familiares etc. (Colliere 1982).

## **4.3 Teoría de Enfermería:**

### **4.3.1 Concepto:**

Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistemática de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir, o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

Una teoría es una serie de conceptos definiciones, relaciones o suposiciones que proyectan una visión objetiva y sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. (Marriner, 1999).

Chinn y Jacobs (1987) define la teoría como: un conjunto de conceptos y proposiciones que resaltan una visión sistemática de fenómenos designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir y /o controlar fenómenos.

Una teoría enfermera es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y /o prescribir un cuidado enfermero (Barnum, 1994; Melies, 1997).

#### **4.3.2 Objetivo:**

El objetivo general de una teoría es importante, porque especifica el contexto y con el cual dicha teoría es válida (Chinn y Kramer, 1999).

Orienta Y guía a la práctica profesional.

Ventajas de la teoría:

- ♣ ofrece a las enfermeras una perspectiva para considerar las situaciones del cliente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información.
- ♣ La teoría permite a la enfermera planificar y poner en práctica los cuidados con una finalidad concreta y de forma proactiva.
- ♣ Facilita la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados de enfermería.

- ♣ La teoría nos da conocimientos suficientes para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.
- ♣ Proporciona autonomía profesional así como identidad.
- ♣ Posibilita áreas de investigación (Marriner, 1999).
- ♣ Las teorías pueden describir predecir, o prescribir actividades relacionados con fenómenos de interés.

El desarrollo de la ciencia enfermera, con sus modelos conceptuales y su teoría, es una actividad meticulosa. La teoría es el objetivo de todo trabajo científico; teorizar es un proceso central en todos los empeños científicos, y el pensamiento teórico es esencial en todas las empresas profesionales (Melis, 1997).

Las enfermeras necesitan de una base teórica para ejemplificar la ciencia y el arte de la profesión cuando persiguen la salud y el bienestar de sus clientes, ya sean un individuo, una familia o una comunidad. (Potter, 2003).

#### **4.3.3. Clasificación:**

##### ***Se clasifican en:***

- a) Grandes teorías.
- b) Teorías de Nivel Medio.
- c) Micro teoría.

##### ***Grandes Teorías:***

Son complejas y tienen un gran ámbito, estas no pretenden ofrecer una guía para una intervención enfermera concreta si no el esquema estructural para grandes ideas abstractas (Fawwsett, 1995).

### ***Teorías de Nivel Medio:***

Estas tienen un enfoque más limitado que la gran teoría y más amplio que la micro teoría, no es tan grande como para ser relativamente inútil para conceptos acumulativos, ni tan reducidos que no se pueda utilizar para explicar situaciones de la vida real.

### ***Micro Teoría:***

Son las teorías menos complejas y las más específicas son de un conjunto de enunciados teóricos, habitualmente hipótesis que tratan de fenómenos muy definidos.

#### **4.3.4. Teoría de Virginia Henderson:**

Virginia Henderson considera al paciente como un individuo que necesita ayuda para conseguir independencia, menciona que el ejercicio de la enfermería es independiente de los médicos. Henderson hace hincapié en el arte de la enfermería e identifica 14 problemas. Sus contribuciones incluyen el diseño de las funciones, sus principales objetivos son la interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de auto calidad (Marriner, 1999)

Henderson mencionaba que la única función de las enfermeras es mantener al individuo enfermo o sano en cualquier realización de actividades que contribuyan a la salud, a una muerte tranquila y que el podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, realizando de tal forma que le ayuden a conseguir independencia lo más rápido posible, de su teoría parten los modelos de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería y esta pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda y toma el papel para realizar las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital ( enfermedad, niñez, y vejez), fomentando

el mayor o menor grado de auto cuidado por parte del paciente y esta teoría se ubica en la categoría de enfermera humanística como arte y ciencia

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía de enfermería que se basa en las necesidades básicas humanas y dice que la función de la enfermería es atender al sano o enfermo o ayudar a una muerte tranquila en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla, su objetivo es hacer al individuo independiente lo más pronto posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado. Para Virginia Henderson su objetivo principal fue la ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible.

Henderson indica que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas para satisfacer, y estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello, refiere también que las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y que existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, las denomina cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborados de acuerdo a sus necesidades detectadas en el paciente.

Define a enfermería como la única función que tiene de ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas enfermedades en la realización de aquellas actividades que contribuya a la salud o recuperación o una muerte tranquila, que realizarla sin la ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario haciéndolo de tal modo que le facilite su independencia. Lo más pronto posible

**Define lo siguiente:**

**Salud:** es la calidad de salud más que la propia vida, ese es margen de valor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

**Entorno:** es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

**Persona (paciente):** es el individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo y el alma son inseparables, De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

**Señala 14 necesidades básicas que son:**

- ♣ Respirar normalmente.
- ♣ Comer y beber adecuadamente.
- ♣ Eliminar por todas las vías corporales.
- ♣ Moverse y mantener posturas adecuada.
- ♣ Dormir y descansar.
- ♣ Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
- ♣ Mantener la temperatura dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- ♣ Mantener higiene corporal, y la integridad de la piel
- ♣ Evitar peligros ambientales y evitar lesiones a o tras personas.
- ♣ Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ♣ Vivir de acuerdo con sus propias valores y creencias..
- ♣ ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- ♣ Participar en actividades recreativas.
- ♣ Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

(Marriner 1999).

Realización enfermera-paciente.

- Se identifican tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor.
- La enfermera como sustituta del paciente: esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.
- Relación enfermera – medico: la enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos: su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo hasta el punto de que algunas funciones se superponen.
- Relación enfermera – equipo de salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para complementar al programa de cuidado del paciente, pero no deben realizar las tareas ajenas.
- 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:
  - a) **Falta de fuerza:** interpretamos por fuerza no solo 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 determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas.

- b) **Falta de conocimientos:** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre su propia salud y la situación de enfermedad, la propia persona y los recursos propios y ajenos disponible.
- c) **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.

La presencia de alguna de estas tres causas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. (Marriner 1999)

#### **4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta Metodológica para dar Cuidado:**

##### **4.4.1 Concepto:**

El proceso enfermero “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de los objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999)

##### **4.4.2 Características:**

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (0), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación)

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humana-humana con los usuario(s) para acordar y lograr los objetivos comunes. (Rodríguez S.)

#### **4.4.2. Objetivos:**

El objetivo principal del proceso atención enfermero es construir una estructura teórica que puede cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad (Iyer, 1987).

Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).

Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según sus roles deseado.

Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos necesidades del individuo.

Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud. (Alfaro, 2005).

***Ventajas:***

Mantener su continuidad: su característica dinámica obliga a trabajar sobre las situaciones nuevas que afectan a la persona y conocer los progresos y/o recaída de forma inmediata.

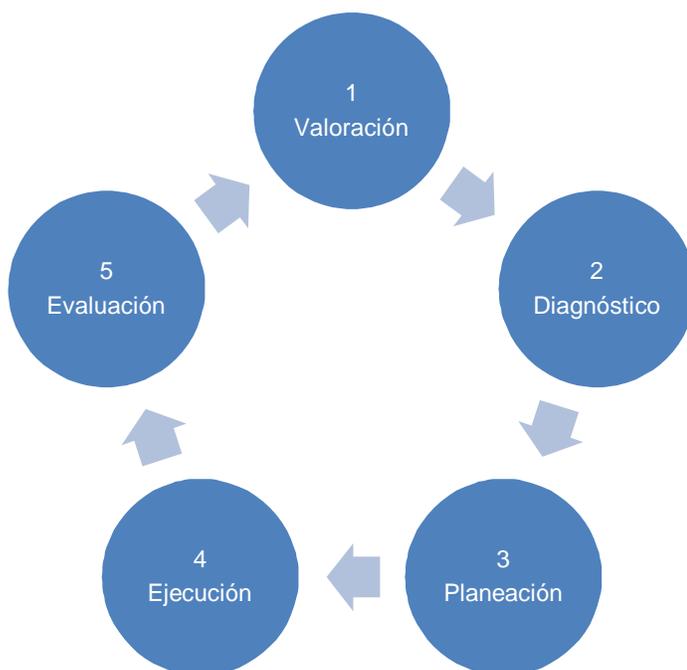
Participación de la persona en la toma de decisiones para su propia salud.

Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales. Evita que se pierda de vista el factor humano.

Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente. Adapta las intervenciones al individuo. (No únicamente a la enfermedad).

#### 4.4.3 Etapas del Proceso:

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



#### **Valoración:**

Es el punto de partida de el proceso de enfermería es la base de todas las etapas siguiente, su objetivo es recorrer datos sobre el estado de salud del paciente; los datos deben ser confirmados y organizados; antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería, para evitar conclusiones erróneas. (Alfaro, 2005).

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

- a) Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición

b) Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.

c) Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.

Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- ♣ *Datos subjetivos*: son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud, estos datos no se pueden medir ya que son propios del paciente. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- ♣ *Datos objetivos*: son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ♣ *Datos históricos -antecedentes*: aquellos hechos que se han ocasionado con anterioridad y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- ♣ *Datos actuales*: son datos sobre el problema de salud actual; se refiere a situaciones que presenta la persona, familia o comunidad en el momento de la valoración.

Es importante que durante la valoración la enfermera siga un orden, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar

ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería

**Diagnostico:**

Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, bienestar que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos (NANDA, 2008.)

*Diagnóstico Real:* describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Por ejemplo:



### ***Planeación:***

Como tercera etapa del proceso de enfermería, en esta se fijan los objetivos y se elabora el plan de cuidados, se inicia cuando se han identificado los problemas y riesgos que se presentan en una situación que ha sido previamente valorada.

Los planes de cuidado son un instrumento importante que contiene las decisiones y estrategias individualizadas, que se diseñan con la finalidad de producir cambios positivos en el estado de salud de las personas a las que van dirigidos. (Fernández, 2000)

Se establecen prioridades donde se consideren los problemas que se presentan en la persona, su relación social, su estado emocional o biológico que van desde los más simples hasta los más complejos.

### ***Ejecución:***

En esta etapa se inicia una vez que se ha finalizado la planificación, significa actuar, poner en práctica el plan de ciudadanos, teniendo en cuenta que las acciones han de ser sobre todo éticas y seguras.

Una acción depende: en que aquella que la enfermera está capacitada legal y educativamente para realizar. (Mundiger, 1980).

Las acciones interdependientes son aquellas que se derivan de la decisión conjunta de distintos profesionales se emprenden cuando detectan un o prevé un problema clínico.

Las acciones dependientes:

Las que realizan por preinscripción generalmente de los médicos, la responsabilidad de las enfermeras se suscribe a una correcta ejecución, tomando las precauciones necesarias antes durante y después del procedimiento.

### ***Evaluación:***

La etapa final del proceso de enfermería la evaluación es comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La evaluación es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basados en situación presente.

La evaluación es instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los ciudadanos que realizan y de esta forma determinan si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambio o por el contrario se dan por finalizados (Fernández. 2000)

## **4.5 La Persona Adulta:**

### **4.5.1 Características biológicas, Psicológicas y Sociales:**

#### **Aspectos clínicos del envejecimiento físico:**

Desde el punto de vista práctico, el envejecimiento empieza en el momento de la madurez física y supuestamente se inicia en la mujer antes que en el hombre. En algunos grupos étnicos, la vejez empieza antes que en otros y se piensa que el perfil genético es en gran parte el responsable del grado de envejecimiento. Debido a estas variables, que pueden ser imprescindibles, con frecuencia el médico debe determinar si un cambio físico es producido por el envejecimiento mismo o por alguna enfermedad.

#### ***Signos del envejecimiento normal:***

Piel y uñas los tegumentos los cambios del envejecimiento son más obvios y fácilmente reconocibles. La piel puede ser la primera en mostrar estos cambios como resultado de la exposición al sol, a los extremos de temperaturas y a los estímulos físicos. Estas alteraciones reflejan acontecimientos sutiles, pero

definitivos, tanto microscópicos como bioquímicos que reducen el número de fibras elásticas, fragmentan y disminuyen la colágena y las sustancias fundamentales. Este envejecimiento de los tejidos de sostén se acompaña de cambios de las células productoras de pigmentos cutáneos, esto es, de los melanocitos. Estos se vuelven más escasos y pierden su capacidad para producir pigmento, de tal forma que la piel se forma gradual y progresivamente. La falta de coloración cutánea facilita la visualización de los vasos sanguíneos, a pesar de que el número de vasos por unidad de la piel se encuentra reducido. También disminuye la grasa subcutánea, en especial la que se encuentra sobre las prominencias óseas, aumentando la posibilidad de que se aumenten úlceras por decúbito sobretodo en los ancianos inválidos. Conforme se adelgaza la piel la pérdida de glándulas sudoríparas y cebasias producen arrugas resequedad y mayor fragilidad.

Conforme la piel envejece, aparecen muchos cambios proliferativos benignos. En primer lugar se encuentran los acrocordones (manchas cutáneas) que se localizan principalmente en las áreas expuestas, como en el dorso de las manos y alrededor de los párpados superiores. Los angiomas de color cereza que son proliferaciones benignas de los capilares, se localiza en la porción superior del abdomen y en el tórax y son más obvias después de los 30 años de edad. Las queratosis seborreicas especialmente comunes en la piel cabelluda y pueden confundirse con lesiones malignas actínicas. Las pecas o lentigo, constituyen un problema cosmético. Estas proliferan al avanzar la edad y son más comunes en las áreas expuestas de extremidades y caras. La púrpura senil, cuya principal localización es sobre las extremidades es provocada por traumatismos menores que producen extravasación de pequeñas cantidades de sangre debajo de la piel. Algunas veces se le llama “manchas hepáticas”

Las uñas de las manos y de los pies de los ancianos pueden mostrar ciertos cambios tróficos, caracterizados por menor velocidad de crecimiento, presencia de canales longitudinales y, en algunos casos aumento del espesor posterior a traumatismos.

**PELO:**

Los cambios en el color y el crecimiento del pelo se consideran como uno de los signos más tempranos de envejecimiento y reflejan la actividad metabólica lenta de las células localizadas en la base de los melanocitos para producir el pigmento necesario y a su número gradualmente se reduce. La aparición prematura de canas, que muchas veces es un rasgo familiar, puede iniciar desde los 20 años de edad en los individuos que tienen este perfil genético. hacia los 50 años, cerca del 50 por ciento del cabello se toma gris. las primeras canas aparecen sobre las sienes y en los siguientes años brotan sobre el vértice de la cabeza. En el resto del cuerpo las canas aparecen años después, en especial en las cejas, tórax, las axilas y el pubis.

La calvicie, producida por una deficiencia de los folículos pilosos, es una de las características más comunes del envejecimiento, especialmente en el varón. En los individuos con rasgos familiares pronunciados es posible observar calvicie bitemporal y coronal hacia los 50 años de edad. Cerca del 65 por ciento de las mujeres muestran calvicie bitemporal importante hacia los 70 años de edad y el 20 por ciento de las mujeres de esta misma edad también muestra cierto grado de calvicie coronal.

En el resto del cuerpo, tanto el metabolismo como el crecimiento del pelo son variables, dependiendo del perfil familiar y genérico. La cantidad de pelo del tronco puede aumentar hasta el cuarto decenio de la vida tanto en hombres como en mujeres. Conforme la mujer envejece pierde más vello púbico que el hombre y hacia los 70 años de edad, cerca del 5 por ciento de las mujeres carece de vello púbico. De igual forma las mujeres pierden mayor cantidad de vello axilar que los

hombres. Aproximadamente en el 40 por ciento de las mujeres el vello facial aumenta en forma progresiva, especialmente después de la menopausia. Así hacia los 55 años es posible observar la presencia de vello oscuro sobre el labio superior, en la barba y en las mejillas; este problema cosmético con frecuencia las obliga a consultar al médico. Después de los 60 años tanto en hombres como en mujeres se pierde el vello de los brazos y de las piernas no obstante su integridad vascular.

### **OJOS:**

Alrededor de los ojos existen cambios relacionados con el envejecimiento por la disminución del tejido conectivo y el elástico de la dermis. Tanto en los párpados superiores como en los inferiores aparecen pliegues cutáneos que pueden revertir parcialmente los párpados hasta tal grado que sea necesario practicar una cirugía plástica. Un anillo blanco localizado en el borde externo de la cornea que con frecuencia aparece entre los 60 y 70 años de edad. Cuando este se presenta en forma prematura, el arco senil puede reflejar alguna anomalía subyacente del metabolismo de los carbohidratos y de las lipoproteínas relacionado con la Diabetes Mellitus o la arterioesclerosis.

El envejecimiento provoca ciertos cambios en el cristalino que tienen especial importancia. Este pierde gradualmente su capacidad para aumentar de espesor, fenómeno necesario para la acomodación cercana. Esta manifestación se denomina presbiopía y están comunes que hacia los 45 o 50 años de edad casi siempre existe en algún grado. Después del 6to. O séptimo decenio de la vida, es frecuente observar una opacificación del cristalino con formación de cataratas, pero estas no necesariamente se presentan con la vejez; algunas personas pueden vivir durante muchos años sin desarrollarlas.

La agudeza visual disminuye y no pueden distinguir ciertos detalles. Parece ser que esta deficiencia se produce por una "separación" gradual de los elementos neuronales retinianos. La degeneración retiniana, junto con el desprendimiento de

la superficie hacia el humor vítreo, generalmente es secundaria a la insuficiencia bascular o a procesos inflamatorios; estos son cambios anormales e interfieren con la agudeza visual. En la senectud, invariablemente se engrosan las paredes vasculares provocando una opacidad de las arterias las que pierden su coloración rojiza y vistas con el oftalmoscopio parecen alambres de cobre. Casi siempre se produce una compresión de los conductos venosos que atraviesan las arterias retinianas. A pesar de que la presión hidrostática del ambiente intraocular debería permanecer normal a lo largo de toda la vida existen varios cambios degenerativos que se asocian con el envejecimiento y que con frecuencia producen un aumento de la presión con la consecuente formación de un glaucoma.

**OIDO:**

El envejecimiento normal de la integridad auditiva debe conservarse intacta hasta el sexto o séptimo decenio de la vida. Sin embargo, las deficiencias auditivas pueden acelerarse o acentuarse por lesiones previas del aparato auditivo. Aun en ausencia de tal suceso traumático, la deficiencia gradual de la agudeza auditiva conforme avanza la edad varía considerablemente. En el anciano existe cierto deterioro auditivo debido al engrosamiento de la membrana timpánica y la menor capacidad de resolución de los huesecillos del oído medio. La exposición excesiva aun ambiente contaminado por ruido puede acelerar la pérdida auditiva.

La sordera senil o presbiacusia, se manifiesta inicialmente por pérdida de la capacidad para detectar sonidos de alta frecuencia. Al mismo tiempo disminuye la capacidad para percibir, identificar, discriminar y localizar con precisión el origen de los sonidos. Estos acontecimientos eventualmente limitan la capacidad de comunicación del anciano, llevándolo a un aislamiento que lo aleje del contacto con el ambiente; es así como se desarrolla la depresión que disminuye aun más el rendimiento.

Muchos ancianos cursan con problemas auditivos simplemente por la acumulación de cerumen en el conducto auditivo externo, lo que puede prevenirse instruyendo al enfermo sobre la higiene regular de sus oídos.

Al correr de los años, el aparato vesicular también pierde su capacidad para conservar el equilibrio postural. De esta forma los cambios repentinos de posición pueden producir falta de equilibrio y caídas. Este problema, que aumenta después del séptimo y octavo decenios de la vida, no debe confundirse con los cambios circulatorios cerebrales por arterioesclerosis, arritmias cardíacas o episodios isquémicos embólicos transitorios que pueden ser semejantes al desequilibrio por disfunción vesicular.

### ***BOCA Y NASOFARINGE:***

El anciano puede acudir al médico por pérdida del gusto y del olfato. La falta de estos sentidos, junto con la menor cantidad de saliva, afecta el apetito en forma adversa. Como consecuencia, el individuo se alimenta mal, pierde peso y disminuye su fuerza muscular. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta estos problemas para poder conservar una nutrición adecuada en el paciente senil.

Para los enfermos que tienen más de 70 años y en especial para los que se encuentran parcialmente debilitados, la disminución del reflejo de la tos aumenta el riesgo de aspiración. Debido a que invariablemente la aspiración produce infecciones respiratorias bajas, debe tomarse las precauciones necesarias para corregir las vías aéreas del anciano que tiene problemas físicos o neurológicos. Los cambios de las cuerdas vocales producidas por la edad aumentan el tono de la voz y disminuyen su volumen.

Debido al perfeccionamiento de las técnicas profilácticas dentales, en la actualidad es común encontrar individuos entre los 60 y 70 años de edad con encías bien, conservadas y dientes permanentes. Las principales medidas que ayudan a la conservación de los dientes son: el tratamiento temprano de las caries dentales, la higiene adecuada irregular, la dieta conservadora, el cuidado de los bordes

gingivales y el reconocimiento temprano de los problemas mecánicos de la masticación. La osteoporosis como trastorno común del anciano, puede debilitar el hueso mandibular y maxilar provocando finalmente la pérdida de la dentadura.

### **SISTEMA PULMONAR:**

Después de los 20 años de edad la función pulmonar se deteriora en forma progresiva, al parecer como resultado del envejecimiento. Este deterioro es producido por la pérdida de tejido elástico de los pulmones, la pared torácica y del diafragma, del que depende el mecanismo respiratorio.

Existen otros cambios degenerativos graduales del tejido conectivo de la pared torácica y de los pulmones que tienden a restringir o a limitar la capacidad para intercambiar el volumen. Como consecuencia, el volumen residual aumenta gradual y progresivamente y se refleja en la disminución de la capacidad ventilatoria total. A nivel alveolar, la capacidad de difusión se reduce limitando el intercambio de oxígeno, sin interferir con el movimiento del bióxido de carbono. De esta manera podemos demostrar el efecto del envejecimiento sobre la presión parcial del oxígeno disuelto en la sangre, a pesar de que no existe ninguna evidencia de que la retención de bióxido de carbono sólo se relaciona con la edad. Los valores de la presión parcial de oxígeno arterial corregidos para la edad se pueden calcular mediante la siguiente fórmula  $PO_2 = 100.1 - 0.323 \times \text{edad}^2$ .

### **SISTEMA CARDIOVASCULAR:**

Tres acontecimientos fundamentales merecen ser señalados. En primer lugar la disminución gradual del volumen ventricular por latido, que a su vez reduce el gasto cardiaco. El segundo lugar, el aumento de la resistencia periférica, que provoca un aumento gradual de la presión arterial sistólica, generalmente sin elevación de la presión diastólica. En tercer lugar ambos acontecimientos limitan la capacidad del anciano para responder al ejercicio y al stress cursan con una reserva cardiaca limitada que reduce la adaptación cardiocirculatoria al esfuerzo

conforme avanza la edad, aumenta el depósito de amiloide en el miocardio, de tal forma que llega a constituir un factor decisivo en la disminución de la reserva cardíaca.

Todavía no se sabe si el acontecimiento físico, actualmente muy popular o en el mundo oxígeno tal y recomendado por muchos médicos enfocados hacia la rehabilitación, conserva la función cardiovascular o retrasa su deterioro. Podemos decir que el ejercicio físico moderado favorece a muchos individuos debido a que produce una sensación de bienestar y vitalidad.

### **RIÑONES:**

Conforme envejecemos parece ser que tanto la masa renal como el número de las nefronas funcionales se reducen. Sin embargo, no se ha establecido si este efecto se relaciona únicamente con el envejecimiento o si es un reflejo de los cambios vasculares, y de las reacciones inflamatorias antiguas que esclerosan y fibrosa la nefrona. Cualquiera que sea la causa, existe una reducción en la velocidad de filtración glomerular que parece ser independiente de las enfermedades renales intrínsecas o persisten, pero que coincide con la edad cronológica.

Se sabe que la producción de renina en las células yuxta glomerulares disminuye con el envejecimiento, lo cual se refleja en la liberación de aldosterona de la glándula suprarrenal; de éste es un paso importante en la homeostasis del sodio, del potasio y del magnesio en el ser humano. Al tomar en consideración todos estos factores, podemos concluir que el anciano no puede adaptarse en forma adecuada a los cambios imprevistos del agua libre.

### **SISTEMA ENDOCRINO:**

El mecanismo de retroalimentación hipotálamo-hipófisis-tiroides funciona en forma adecuada a lo largo de toda la vida. Específicamente, en el anciano los niveles de hormona estimulante de la tiroides (TSH) son normales promoviendo así niveles fisiológicos de hormona tiroidea circulante. En la senectud existen niveles normales o discretamente elevados de hormona para tiroidea. Los niveles de calcitonina disminuyen con el envejecimiento tanto en hombres como en mujeres. El metabolismo del calcio, regulado por estos 2 mediadores endocrinos, no se altera, a pesar de que después de los 60 años de edad la absorción intestinal del calcio se reduce. En la vejez, la desmineralización del hueso en forma de osteoporosis representa uno de los principales problemas físicos, pero ésta no se relaciona directamente de parathormona ni de calcitonina.

En la función de eje hipófisis suprarrenal, solo se han identificado alteraciones menores relacionadas con la edad. Específicamente, el metabolismo de los glucocorticoides, regulado por la hormona adrenocortropica, mantiene sus niveles normales y no se modifica a lo largo de la vida.

La integridad y la función gonadal constituye un capítulo con un gran interés para los geriatras. Este ha sido estudiado en forma muy extensa y se han comprobado en primer lugar, después de la menopausia, la mujer produce menos estrógenos por la involución ovárica que sufre. En vista del deterioro de la función ovárica la producción hipofisaria de la hormona folículo estimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH) se encuentra muy elevada en las muestras de sangre venosa. Los niveles de LH y de FSH muestran variaciones importantes en un lapso de 24 horas. Se piensa que el bochorno, problema común en la mujer menopáusica se relaciona de alguna manera con estas variaciones hormonales aun que aún no sea comprobada su causa.

Se cree que en hombre sano mayor de 65 años el aumento de los niveles de LH en sangre venosa se relaciona directamente con una disminución en la respuesta de las células testiculares de Leydig productoras de testosterona. Los ancianos varones pueden sufrir bochornos pero a menor grado que las mujeres desde un

punto de vista práctico, los niveles sanguíneos de testosterona, permanecen dentro de los límites normales durante toda la vida como respuesta a la producción elevada de LH; los andrógenos, por necesidades metabólicas o de otro tipo, tampoco se reducen en forma importante.

En el anciano de ambos sexos el impulso sexual puede permanecer intacto, pero con menor intensidad que en los individuos más jóvenes. Por lo tanto la libido constituye una fuerza importante en la mujer hasta la menopausia, mientras que disminuye gradualmente en el varón a partir de los 40 años. Es común encontrar individuos de 70 años o más que aún son sexualmente activos y están interesados en esta función. El epitelio vaginal seco de la mujer post-menopáusica con frecuencia provoca problemas mecánicos y molestias durante el coito. Estos pueden resolverse mediante la aplicación tópica de agentes lubricantes.

La liberación hipofisaria de hormona anti diurética (HAD) es normal a lo largo de toda la vida, aunque aumenta como respuesta al estrés.

Existen datos concluyentes sobre la disminución de la respuesta de la hipófisis al estrés en la mujer senil, y se ha encontrado que la producción de prolactina disminuye en respuesta a los niveles bajos de estrógenos.

La glucemia de ayuno no cambia en el anciano. Sin embargo, se ha reportado intolerancia a una carga de glucosa como resultado de los posibles mecanismos. En primer lugar, la reducción de la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina. Esta reducción puede reflejar alguna alteración en los receptores de insulina como resultado del envejecimiento. En segundo lugar algunos autores han encontrado una disminución en la producción de insulina en las células beta del páncreas como respuesta a una carga de glucosa; sin embargo, muchos otros investigadores reportan una reacción normal. Como consecuencia de estas alteraciones sutiles, es posible detectar valores más altos de glucosa sérica como respuesta al estrés a una carga de glucosa. Así, los niveles altos de glucosa no deben confundirse con la Diabetes Mellitus incipiente o clínica.

### **SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:**

Conforme envejece el organismo se observan alteraciones importantes en el esqueleto. Primero, existe una reducción gradual de la masa ósea total, osteoporosis que es más importante en las mujeres que en los varones. Es indudable que la osteoporosis se acentúa durante la menopausia. A pesar de que nos e conoce el mecanismo responsable de este trastorno es posible estabilizarlo o bien retardarlo añadiendo calcio, vitamina D y flúor a la dieta. En las mujeres con osteoporosis puede ser útil también la adición de estrógenos, pero su empleo está limitado por sus efectos carcinógenos.

En el anciano es fácil observar el resultado directo de la osteoporosis, que es una disminución gradual o un acortamiento de la talla tanto en hombres como en mujeres. De igual forma, se pierde la fuerza mecánica del hueso, aumentando las posibilidades de que cualquier lesión produzca una fractura. Una de las consecuencias más graves de la osteoporosis mandibular y maxilar es la pérdida de la dentadura, deteriorando la alimentación y provocando desequilibrios nutricionales que aceleran e intensifican otros problemas relacionados con el envejecimiento.

Aunado al deterioro del soporte esquelético existe una pérdida paralela de la masa muscular estriada del organismo, a pesar de que la actividad física continúe como consecuencia es fácil que el individuo se fatigue, y la reducción gradual de la fuerza física limita la capacidad de estos individuos para llevar acabo funciones físicas esenciales.(Granje1991)

### **CONCLUSION:**

Todos estos cambios relacionados con el envejecimiento producen una reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética junto con un aumento de la grasa de aproximadamente el 35 por ciento al mismo tiempo la merma gradual del volumen plasmático hasta de un 8% se acompaña de una disminución del agua corporal de aproximadamente de un 17%, con una disminución global del volumen del liquido

extracelular aproximadamente del 40%, así , conforme el cuerpo humano envejece sufre cambios que se reflejan tanto en el aspecto como en la posición y el comportamiento.

La consideración del envejecimiento como proceso de transformación esencialmente físico y biológico ha hecho que hayan sido los aspectos geriátricos los que hayan primado en el abordaje científico del envejecimiento. Es a partir de la década de los sesenta cuando tanto desde las teorías al uso en psicología social, tales como el interaccionismo simbólico o la teoría de la vejez como subcultura, entre otras, se pretende completar el estudio tradicional del proceso de envejecimiento con estos otros enfoques. En esta línea, se incorporarán aspectos como: la actividad social, la imagen y rol sociales de las personas mayores, así como su autoconcepto, autoestima o satisfacción vital en función de su participación en la sociedad.

La primera de estas aportaciones psicosociales al estudio del envejecimiento es la Teoría de la Desvinculación. Desarrollada al inicio de los años sesenta en el seno de un grupo de investigadores sociales. Este grupo, al tener en cuenta que la mayor parte de los ancianos continuaban viviendo en la comunidad durante toda su vida, planteó la necesidad metodológica de estudiar a las personas mayores en su ambiente natural de forma continuada, dentro de su entorno cotidiano, y no en los hospitales, asilos o residencias.

Observaron un progresivo abandono con el paso de los años de una gran proporción de las actividades que anteriormente formaban parte del patrón normal de actividad diaria desarrollado por las personas evaluadas. Lo que dio lugar a la formulación de esta teoría. Su argumento central es que la desvinculación o desconexión es un proceso inevitable que acompaña al envejecimiento, en el que gran parte de los lazos entre el individuo y la sociedad cambian cualitativamente, se alteran o llegan a romperse. En este sentido, éste sería el proceso normal que tiene lugar durante el envejecimiento. El proceso de retirada, desconexión o desvinculación tendrá un carácter bidireccional, es decir, tanto de la sociedad

hacia el individuo como de éste hacia la primera. En esta línea, definirá posteriormente Cummings la "vinculación" (engagement) como: "la interpenetración entre una persona y la sociedad a la que pertenece"

Esta teoría es a la vez social y psicológica, pues se ocupa tanto de las relaciones entre el individuo y la sociedad, como de los cambios que acontecen en el interior de la persona a lo largo de este proceso de retirada. Según Cummings y Henry este distanciamiento tiene carácter universal, es decir, los mayores de cualquier cultura son proclives a ciertas formas de distanciamiento social, adoptando modelos de interacción que conllevan la reducción de contactos sociales. Estos autores afirman que esta mutua desconexión es beneficiosa tanto para la sociedad, que de esta manera facilita la incorporación de otras generaciones a la compleja maquinaria social, como para la persona, que se ve liberada de una serie de compromisos y obligaciones sociales implícitas adscritas a su anterior rol más activo. Desde un contexto más socioeconómico, la teoría de la El individuo "desvinculado", siempre y cuando asuma ese nuevo papel, tiene una sensación de bienestar psicológico. Es decir, conforme envejece, su acción en el plano social decrecerá voluntariamente en la misma medida, produciéndose un alejamiento mutuo de la sociedad y de la persona, que será percibido por el sujeto como "liberador" y que, por tanto, contribuirá a incrementar su satisfacción personal. Esta teoría afirma que las personas mayores desean precisamente esa reducción de los contactos y compromisos sociales, por lo que buscan la tranquilidad en un cierto aislamiento

En este sentido, su formulación se planteó con la intención de explicar el envejecimiento exitoso. Lemon, Bengtson y Peterson enuncian cuatro postulados básicos:

- 1º Cuanto mayor es la pérdida de rol que se produce durante el envejecimiento, mayor es la probabilidad de que la persona reduzca su actividad.

- 2º A mayor frecuencia y grado de intimidad de la actividad, mayor apoyo de rol recibe la persona.
- 3º El apoyo de rol que se recibe se relaciona directamente con el autoconcepto experimentado por la persona.
- 4º El autoconcepto positivo, se relaciona directamente con la satisfacción vital.

Según esta perspectiva, la desvinculación operaría sólo en el sentido de la sociedad hacia los mayores. Frente a esto, el desempeño de roles activos durante el proceso de envejecimiento resulta crucial para la percepción que tiene la persona de sí misma y para su adaptación social. Por ello, sus autores defienden la idea de que para alcanzar este objetivo, las personas, a medida que envejecen, deben reemplazar aquellos roles y actividades que formaban parte de su vida adulta, por otros nuevos, de forma que puedan mantener estilos de vida activos. Esta cuestión es, sin lugar a dudas, una de las que más debates ha generado a lo largo de la historia de la Gerontología como disciplina. La principal crítica que ha recibido esta aproximación teórica es la que de existen personas mayores satisfechas con la desvinculación. Lo que sugiere que la persona representa un papel crucial para determinar la relación entre los niveles de actividad y su bienestar. (Hayflick 1990)

#### **4.5.2. Enfermedades más frecuentes en la Etapa Adulta:**

Se sabe que los determinantes de la salud son muchos; unos de índole biológica, otros se relacionan con el medio ambiente y el estilo de vida, siendo la alimentación y la nutrición, junto con la actividad física factores muy determinantes para la salud.

Una alimentación saludable es aquella que contiene todos los nutrientes que el individuo necesita, en cantidad y proporción adecuada. Para ello deben estar

representados todos los grupos de alimentos con la frecuencia y ración adecuada, siguiendo las recomendaciones de cada nutrimento.

En la mayoría de las enfermedades, la nutrición tiene un papel muy importante, ya que ayuda a tener un mejor tratamiento, así como una excelente recuperación, haciendo que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

### ***Obesidad:***

La obesidad es el padecimiento relacionado con la alimentación más común en el mundo. Se considera que una persona es obesa si su peso es 30% más alto que el peso normal aceptable, de acuerdo con la estatura, sexo y edad.

No existe una cura mágica para la obesidad, pero se puede lograr un peso más bajo y saludable si aumenta el nivel de actividad física y se reduce el consumo de energía (Kilocalorías). Para esto es importante consultar a un especialista de la salud, para que el tratamiento sea el adecuado y no haya “rebote”.

La obesidad puede tener consecuencias devastadoras para la salud y la felicidad. A nivel emocional, puede producir depresión y reducir la autoestima. A nivel físico puede provocar dificultad para respirar, dolor de piernas y tobillos; daño en las articulaciones, causando osteoartritis, sobretodo en rodillas y caderas. Las personas con obesidad tienen mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, problemas en la vesícula biliar, gota, enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, algún tipo de cáncer, entre otras.

La obesidad se origina por una combinación de exceso de comida o sobrealimentación, y falta de actividad física. Si se come más energía de la que se gasta, ese excedente de calorías se almacena en el cuerpo como grasa, esto trae como consecuencia el aumento de peso.

### ***Enfermedades cardiovasculares:***

Estas enfermedades son consecuencia de la interrupción de la corriente sanguínea al corazón y del corazón al cuerpo.

La principal causa de esto es la Aterosclerosis que es el endurecimiento y oclusión de las arterias. Este endurecimiento se relaciona con un depósito de grasa que forma una placa llamada "Ateroma", que está presente en la pared de las arterias. Este ateroma se desarrolla lentamente durante muchos años, pero crece con más rapidez en personas fumadoras y en quienes tienen niveles muy altos de colesterol. Alrededor de los 50 años, los hombres se ven afectados por la aterosclerosis; en las mujeres es diferente, ya que durante su etapa reproductiva, los estrógenos mantienen bajas las concentraciones de colesterol, pero cuando llega la menopausia, estos niveles tienden a aumentar, desarrollándose la aterosclerosis.

Al tener las arterias endurecidas, son menos elásticas y no se distienden con facilidad, por lo tanto la presión sanguínea aumenta en ellas y el flujo sanguíneo a los tejidos disminuye. Si las arterias pegadas al corazón están afectadas, pueden presentarse alteraciones cardíacas, angina de pecho e infartos.

Para prevenir la aterosclerosis, es recomendable no fumar o dejar de fumar, evitar los alimentos ricos en grasas animales y ricos en colesterol como es el caso del huevo (la yema tiene el colesterol del huevo), si se les antoja un huevo, puede ser sólo las claras, ya que estas no tienen colesterol); también se debe evitar el consumo excesivo de café porque algunas sustancias del café contribuyen a aumentar el colesterol. Aumentar en la dieta frutas y verduras, así como aceites vegetales como el de oliva; aumentar el consumo de pescados como sardina, salmón, arenque, atún fresco, ya que contienen un aceite llamado W-3 el cual evita el engrosamiento de las arterias. La mejor protección se obtiene de la actividad física, un buen entrenamiento puede ayudar a evitar estas enfermedades.

### ***Hipertensión arterial:***

A hipertensión o la presión arterial alta, puede ser ocasionada por problemas en el riñón, desequilibrios hormonales, y obesidad.

La hipertensión ocurre como resultado de una resistencia aumentada al flujo de sangre de los vasos sanguíneos pequeños que tienen paredes musculares; la mayoría de los casos la presión arterial elevada es causada porque éstos vasos sanguíneos pierden su capacidad de relajarse de forma normal.

La hipertensión aumenta el riesgo de sufrir un ataque, debido al estrechamiento o ruptura de algunos vasos sanguíneos del cerebro. Puede engrosar o reventar los vasos sanguíneos en la parte posterior de los ojos, produciendo visión borrosa o ceguera, también puede dañar los riñones y producir insuficiencia renal. Al combinar la hipertensión con un nivel alto de colesterol en la sangre, se acelera la aterosclerosis.

### ***Osteoporosis:***

Este es un padecimiento que afecta con mayor frecuencia a las mujeres de mediana edad y a las mujeres mayores. Los huesos se debilitan y se quiebran, por lo que las personas que sufren esta enfermedad son más vulnerables a las fracturas, incluso a accidentes menores. Las zonas de mayor riesgo son las caderas, muñecas y columna vertebral.

### ***Colitis:***

Es una enfermedad inflamatoria del colon o recto, y es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. La aparición de esta enfermedad se registra entre los 20 y 25 años; el pronóstico depende de la gravedad y de la duración de la misma, activa. Cuando la enfermedad se encuentra activa produce inflamación, en

ocasiones más graves sangrado y ulceración de la membrana que cubre al colon, esto ocasiona dolor y a veces diarrea.

### ***Gastritis:***

Los síntomas que caracterizan esta enfermedad son la sensación de ardor en la boca del estómago, ocasionando agruras, acidez, náusea y flatulencia. Esto es debido a una inflamación de la mucosa del estómago.

### ***Enfermedades del Hígado:***

Si una persona come muchos alimentos ricos en grasas, azúcares y alcohol, su hígado puede deteriorarse.

El hígado es el principal desintoxicante del organismo; elimina y neutraliza toxinas, medicamentos, nicotina y alcohol de la corriente sanguínea; también almacena la glucosa en forma de glucógeno para mantener la concentración adecuada de glucosa en sangre, produce proteínas importantes y descompone los excesos de proteínas; produce la bilis para descomponer las grasas y hacerlas digeribles. Estas funciones se ven alteradas debido al deterioro del hígado por enfermedades como la hepatitis, por exceso de medicamentos, drogas y/o alcohol. Enfermedades crónicas degenerativas. (Duran G, Hernández R)

### **4.5.3. Diabetes Mellitus (Fisiología, Diagnostico Médico y Tratamiento)**

Para abordar el tema de la Diabetes Mellitus es importante iniciar con la fisiología del páncreas ya que gracias a él se lleva a cabo todos los procesos de regulación de la glucosa, insulina y otras hormonas que intervienen en dicha patología.

El Páncreas es un órgano aplanado localizado hacia atrás y ligeramente abajo del estómago. El páncreas del adulto consiste de una cabeza, un cuerpo y una cola.

La porción endócrina del páncreas consiste de cerca de un millón de acúmulos de células que se denominan islotes pancreáticos o islotes de Langerhans.

Existen tres tipos de células que se encuentran en éstos agrupamientos:

- 1) Células alfa, las cuales secretan la hormona glucagón que aumentan la concentración de glucosa en la sangre.
- 2) Células beta, las cuáles secretan la hormona insulina que disminuye las concentraciones de glucosa en la sangre.
- 3) Células delta, las que secretan la hormona del crecimiento o somatostatina, ésta hormona inhibe la secreción de la insulina y el glucagón

El glucagón es el producto de las células alfa, es una hormona cuya principal actividad fisiológica es aumentar las concentraciones de glucosa, logra esto por medio de la aceleración de la conversión de glucógeno en el hígado hacia glucosa (glucogenólisis) y de la conversión en el hígado de otros nutrientes, como aminoácidos, glicerol y ácido láctico hacia glucosa (gluconeogénesis). El hígado entonces libera la glucosa hacia la sangre y aumenta sus concentraciones. Cuando estos niveles de azúcar en la sangre disminuyen por debajo de los niveles normales, los elementos sensibles químicamente en las células alfa de los islotes estimulan a las células para que secreten glucagón. Cuando el azúcar de la sangre aumenta, las células ya no se estimulan y se suspende la producción. Si por alguna razón el instrumento de retroalimentación falla y las células alfa secretan glucagón continuamente puede aparecer hiperglucemia.

***La Secreción de Glucagón es inhibida por la Hormona Somastatina:***

Las células beta de los islotes producen la hormona insulina, la cual actúa para disminuir las concentraciones de glucosa en la sangre. Su principal acción fisiológica es opuesta al glucagón

La insulina acelera el transporte de glucosa desde la sangre hacia las células, en especial las fibras del músculo esquelético. La glucosa que entra en las células depende de la presencia de receptores de insulina en las células blanco. También acelera la conversión de glucosa a glucógeno (glucogénesis), también disminuye la glucogenólisis y la gluconeogénesis estimula la conversión de glucosa o de otros nutrientes a ácidos grasos (litogénesis) y ayuda a estimular las síntesis de proteínas. La regulación de la secreción de insulina, al igual que la secreción del glucagón, está directamente determinada por la concentración de azúcar en la sangre y se basa en un sistema de retroalimentación negativa. La Somostatina inhibe la secreción de insulina. (Tortora, 2006)

### ***Diabetes Mellitus:***

La diabetes mellitus constituye un síndrome con un metabolismo alterado e hiperglucemia inapropiada debido a una deficiencia en la secreción de insulina o a la combinación de una resistencia a la insulina y una secreción inadecuada compensatoria de ésta,

Diabetes Mellitus de tipo 1 (DM1): su causa es una deficiencia absoluta en la secreción de insulina.

Diabetes Mellitus insulino dependiente.

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): su causa es una combinación de resistencia a la acción de la insulina y una inadecuada respuesta secretora compensatoria

Diabetes Mellitus no insulino dependiente.

### ***Valores Normales:***

Los niveles varían pero en general hasta 70 a 99 mg/dl se consideran normales.

Las personas con niveles entre 100 y 125 mg/dl pueden tener una alteración de la glucosa en ayunas o pre diabetes. Se considera que estos niveles son factores de riesgo para la diabetes tipo 2 y sus complicaciones. La diabetes se diagnostica normalmente cuando los niveles de glucemia en ayunas son de 126 mg/dl o mayores.

***Clasificación:***

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Diabetes Gestacional

***Clasificación Diabetes Tipo 1:***

(Diabetes Mellitus dependiente de la insulina)

Como la producción de insulina es inexistente, por ello se requieren de inyecciones de insulina para sustituir la función normal, esta diabetes es habitual en los niños y adolescentes.

En la Diabetes Mellitus tipo 2, si produce insulina, la cual o no funciona adecuadamente, existe resistencia a la acción de la misma o bien, la cantidad de carbohidratos ingeridos es tanta que resulta insuficiente.

Generalmente comienza después de los 30 años cuando los receptores de insulina de las células del cuerpo no funcionan, la insulina no puede acoplarse a ellos y la glucosa no puede penetrar en las células del cuerpo y utilizarse.

Esta es la llamada Diabetes Mellitus no insulino dependiente.

***Diabetes Gestacional:***

Entre el 2-5% de la mujeres embarazadas desarrollan ciertas forma temporal de diabetes conocida como Diabetes Gestacional. Durante el embarazo la insulina

aumente para incrementar las reservas de energía a veces este aumento no se produce y puede originar una diabetes por embarazo. La resistencia a la insulina por parte de las hormonas lactógenas placentario humano y gonadotropina coriónica humana.

***Complicaciones Crónicas:***

- Hipoglucemia
- Cetoacidosis diabética
- Ateroesclerosis
- Retinopatía
- Nefropatía diabética
- Neuropatía diabética
- Pie diabético

***Cetoacidosis Diabética:***

Es una complicación de la diabetes que se presenta cuando el cuerpo no puede usar la glucosa como fuente de energía, debido a que este no tiene o tiene insuficiente insulina, y en lugar de este proceso utiliza las grasas. Los subproductos del metabolismo de las grasas llamados cetonas se acumulan en el cuerpo

Los niveles de glucosa se elevan generalmente por encima de los 300 mg/dl debido a que el hígado produce glucosa para tratar de combatir el problema, sin embargo la célula no puede absorber esa glucosa sin la insulina Diabetes tipo I.

**Síntomas:**

- Respiración acelerada y profunda
- Resequedad de la boca y la piel
- Enrojecimiento de la cara
- Aliento a frutas
- Náuseas y vómito
- Dolor de estómago

**Ateroesclerosis:**

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las grandes arterias, con localización a nivel de la capa íntima. El colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad que se acumula en el espacio subendotelial en forma oxidada, es el agente inicial de agresión que desencadena la reacción inflamatoria

**Pie diabético:**

Trastorno provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicando a menudo por daño de los nervios periféricos del pie e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se produce gangrena. El pie diabético es muy sensible a todas las formas de traumatismo: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerable.

***Retinopatía diabética:***

Es causada por el daño a los vasos sanguíneos de la retina, ésta es la capa de tejido en la parte de atrás del interior del ojo.

***Polineuropatía diabética:***

Enfermedad caracterizada por una pérdida progresiva de fibras nerviosas periféricas.

Presentación más frecuente: Polineuropatía simétrica distal.

Categorías de la neuropatía periférica diabética

Sensorial: pérdida de sensibilidad (incapacidad para notar presión, cambios de temperatura, sensación de hormigueo, quemazón y aumento del umbral del dolor (dolor punzante)

Motora: pérdida de fuerza y dificultad para el control/coordiación de movimientos

Autonómica: Alteración de la frecuencia cardiaca, diarreas/estreñimiento, náuseas o vómitos, incontinencia urinaria, alteración del libido y mareo.

Tratamiento de la diabetes

No farmacológico

- Educación para la salud
- Plan alimentario
- Actividad física
- Tratamiento combinado

***Farmacológico:***

- Agentes hipoglucemiantes orales
- Antihiperoglucemiantes

- Sensibilizadores de insulina
- Terapia combinada

El impacto que provoca ésta enfermedad radica en las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo el tratamiento adecuado y sobre todo para tener el control de la glucosa evitando o retrasando así sus complicaciones

Para lograr dicho control metabólico se requiere de un tratamiento farmacológico apropiado, pero sobre todo de un adecuado régimen alimenticio, control de peso y una actividad física eficaz. Esto implica cambios de estilos de vida de forma drástica en los cuales no solo intervienen factores culturales, sociales, económicos sino también la participación de la familia para llegar al éxito del tratamiento

El primer paso en el tratamiento de la Diabetes Mellitus debe ser la instauración de un régimen alimentario. En muchos de los casos la pérdida de peso mejora el control glicémico (Papadakis, 2006).

La OMS considera estilos de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, por lo que los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad y a sus circunstancias socioeconómicas. La nutrición es un elemento más del estilo de vida, sin embargo llevar a cabo una adecuada alimentación es uno de los aspectos más importantes y difíciles a su vez, lo que necesita cambios en su vida y la participación de la familia para enfrentar una enfermedad crónica como la diabetes no afecta únicamente a la persona que la padece, sino a toda la familia. Y si aunado a esto le aumentamos los conocimientos con los que cuente la familia en relación al padecimiento nos dan un mayor apoyo al paciente lo cual facilitará la adherencia al tratamiento. Cabe

anotar que el cumplimiento o la adherencia a la dieta dependen en parte del grado de satisfacción y motivación que tenga el paciente, de ahí la importancia de que se utilicen metodologías educativas con participación activa de los mismos.

#### **4.5.4. Medidas preventivas en el paciente diabético:**

##### ***Cuidado de los pies:***

Realizando la siguiente cartilla de cuidado del pie:

1. Tomar un baño de pies templado todos los días, evitando las temperaturas extremas. Pruebe el agua con la mano o con el codo antes de bañarse. Secarlos nuevamente, pero por completo, especialmente entre los dedos, con una toalla absorbente y blanda. Examínelos cuidadosamente para detectar ampollas, raspaduras, cortaduras, cambio de color, etc. Puede ser de gran ayuda un espejo para ver la parte inferior de los pies. Hay que registrar siempre entre los dedos.
2. Después del baño, aplicar a los pies lanolina de tocador, de una a tres veces por se-mana, para mantener la piel suave. Sustituir la lanolina por alcohol si la piel se ablanda demasiado. A veces puede usarse en vez de lanolina, aceites lubricantes u otras cremas. No poner la crema entre los dedos de los pies.
3. Uñas.
  - a. Corte las mismas sin dejar puntas ni bordes de forma irregular, o utilizar los servicios de un buen podólogo.
  - b. b) Nunca cortar el borde libre de las uñas, cercano a la piel.
  - c. c) No cortarse la cutícula.
  - d. d) Tener la precaución de que las uñas no le corten las caras laterales de los dedos por demasiado largas.
  - e. e) Deberá mojar sus dedos para el limado de las uñas.
  - f. f) Si tiene ciertas limitaciones que le impida físicamente o visualmente el cortarse las uñas, recurra al podólogo.

#### 4. Zapatos.

- a. Usar calzados cómodos, de material blando, de manera de no producir el más mínimo frote o ajuste.
  - b. b) Evitar el uso de contrafuerte demasiado duro o curvo.
  - c. c) Evitar el uso de plásticos o gomas, en contacto con la piel.
  - d. d) Evitar el uso de calzado con punteras duras.
  - e. e) Evitar los bordes demasiado altos, para no provocar ningún tipo de heridas o ampollas en los tobillos.
  - f. f) Evitar cualquier tipo de clavos o cuerpo extraño en las plantillas que puedan lesionar el pie.
  - g. g) Evitar el uso de lengüetas largas que puedan lesionar el dorso del pie.
  - h. h) Cuando se halla mojado su calzado, no tratar de secarlo próximo al calor, para que no se reseque demasiado el cuero, que por tal motivo podría ocasionar lesiones.
  - i. i) Evitar en el calzado de mujer, el uso de tiritas finas, apliques o hebillas que lesionen la piel de su pie.
  - j. j) Observar el cuidado de la altura de los tacos.
  - k. k) No usar zapatos demasiado estrechos o cortos, para no crear o agravar patologías.
  - l. l) Inspeccione la parte interior de sus zapatos para detectar objetos extraños, puntas de clavos, forros desgarrados y aéreos ásperos.
  - m. m) No use zapatos sin medias.
  - n. n) No use sandalias con tiras de piel entre los dedos.
  - o. o) Usar gradualmente el calzado nuevo (1 hora diaria al principio).
5. Evitar siempre el contacto de los pies con el suelo.
  6. Las callosidades deben ser cortadas y tratadas por personas competentes, .No use en sus pies soluciones antisépticas fuertes.
  7. Si siente los pies fríos durante la noche, use medias. No aplicar nunca a los pies botellas de agua caliente, bolsas de agua caliente, u otros medios

externos de calefacción, directamente sobre la piel. No remoje los pies en agua caliente.

8. Evite todo tipo de heridas, grietas, raspaduras, ampollas en los pies y dedos; notificando inmediatamente a su médico en la presencia de cualquier anomalía.

## V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN METABÓLICA

### 5.1. Presentación del Caso:

Nombre: BSG      Edad 51 años      Sexo Masculino      Edad de desarrollo.  
Etapa adulta      Ocupación: Empleado      Estado civil casado

Religión: católico

Ingreso económico: Cuatro mil pesos al mes

Lugar de nacimiento: distrito federal

Lugar de residencia: Calle norte N°67 Moctezuma 1 sección, México d, f

Nivel de escolaridad: licenciatura trunca (ingeniero industrial)

Factores del sistema familiar

Los datos obtenidos fueron realizados en la visita domiciliaria

N° de integrantes en la familia 6

### **PADECIMIENTO ACTUAL:**

Enfermedades de la infancia negadas, Actual mente presenta una fractura en falange distal en dedo medio del miembro Superior izquierdo con tiempo de evolución de 2 meses sufrió un accidente en la vía pública en el estado de México en horas de trabajo cuando iba a cobrar a un cliente el conducía una motocicleta accidentalmente se impacta contra un puerta de auto que abren recibiendo contusión centramanubrio en tórax y en mano izquierda, sin contusión en cráneo ni perdida del estado de alerta. Le realizan estudios Rx y le colocan una férula en brazo izquierdo en este momento la tiene y no presenta datos de compromiso

circulatorio llenado capilar – de 2 segundos, presenta dolor en escala de 5/10 por las noches. Padece diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada 23 de junio de 2009 inicia su padecimiento el cual es atendido con médico particular con tratamiento farmacológico, metformina, glibenclamida Indicadas por médico particular (acude a las farmacias del Dr. Simi con el se trata) no cuenta con estudios de laboratorio recientes ya que apenas se dio de alta en el seguro aproximadamente 8 meses y no había tenido la necesidad de su servicio hasta el accidente por la incapacidad solicito el servicio.

***PATRON DE VIDA:***

Se levanta a las 7 de la mañana se baña y se va a su trabajo, tiene un horario de 8 am, a 19 pm de lunes a viernes, trabaja en una mueblería su ocupación es ser cobrador a domicilio y se trasporta en una motocicleta, llega aproximadamente en 40 minutos a su trabajo ,como a las 9 toma su primer alimento , un tamal o atole o lo que encuentre por la calle y posterior a este toma 1 tableta de glibenclamida y como a las 3 o 4 realiza su segunda comida por donde ande, que es guisado, arroz o sopa y toma refresco de sabor o coca aproximadamente 600ml,y se come 5 tortillas aproximadamente en el día y se toma 1 tableta de glibenclamida solo consume un litro de agua en todo el día esta puede variar ya sea de sabor o simple a las 7 40 o 20 pm llega a su casa cena lo que hay puede ser huevos con jamón ,frijoles, o lo que haya ,posteriormente se toma metformina ½ tableta se sienta a ver la tele cualquier programa de su interés, a las 10 se duerme y se levanta a las 3 de la mañana y prende la tele se duerme a las 5 de la mañana y se levanta a las 7 am los fines de semana está en la tienda o sale a visitar a sus familiares, los domingos a veces va a misa con su esposa.

No tiene pasatiempos favoritos, sedentarismo

### **FACTORES AMBIENTALES:**

Su padre construye un pequeño edificio de 3 departamentos aproximadamente de 50 metros que cuentan con todos los servicios cada uno y él vive en el segundo nivel para llegar a él tiene que subir una escalera de concreto con escalones firmes bien formados el departamento cuenta con 2 recamaras, baño, comedor y cocina, tiene buena ventilación ya que cuenta en la parte de enfrente un ventanal. En el otro departamento que está enfrente vive su hermano y en la planta de abajo lo rentan y hay una “tienda” que es de ellos la trabaja uno de sus hijos.

Tienen un perro (raza fres pul que se llama mía) esta permanece en el patio o a veces en su casa

Toxicomanías interrogadas y negadas.

Alrededor de la casa en la parte de enfrente se encuentra un deportivo, una escuela particular, y en la parte posterior un hospital pediátrico Moctezuma y el mercado.

### **EXPLORACION FISICA:**

Paciente con edad aparente acorde a la cronológica, bien hidratado.

**PESO:** 107 Kg **TALLA:** 1,68 **Cintura** 125 **IMC** 37 **Glicemia capilar** 307 postprandial (realizada en visita domiciliaria)

**CABEZA:** normo céfalo, con inserción de cabello normal sin endostosis ojos simétricos, nariz permeable, lengua normal, labios simétricos dientes completos con amalgamas presentes en molares, sin datos de enfermedad periodontal

**CUELLO:** Cilíndrico sin adenopatías.

**TORAX:** sin lesiones aparentes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos agregados T/A 140/90, FC 95 FR, 22, TEM.36.7

**ABDOMEN:** globoso con panículo adiposo ruidos peristálticos presentes.

**MIEMBROS PELVICOS Y TORAXICOS:** Simétricos, fractura en falange distal 3er dedo presenta dolor 5/10 por la noche, llenado capilar – de 2 segundos, edema de una cruz. Pulso tibial y pedial presentes, en la planta de los pies presenta un pequeño callo sin complicaciones, refiere por el uso del calzado, uñas largas no presentan micosis.

## 5.2. Resultados de la Valoración:

Necesidades según Henderson.

	satisfecha	insatisfecha	
		real	Riesgo
Oxigenación	*		
Nutrición e hidratación		*	
Eliminación	*		
Movimiento y mantener buena postura	*	*	
Descanso y sueño		*	
Usar prendas de vestir adecuadas	*		
Termorregulación	*		
Higiene y protección de la piel			*
Evitar peligros	*		*
Comunicación	*		
Creencias y valores	*		
Trabajo y realización	*		
Jugar y participar en actividades recreativas			
Aprendizaje	*		

### 5.3. Diagnósticos Reales y Potenciales:

#### **DIAGNÓSTICO REAL:**

**NECESIDAD ALTERADA:** Nutrición e hidratación

**INSATISFECHA:** voluntad

**GRADO:** Parcialmente Dependiente

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Desequilibrio Nutricional por exceso R/C sedentarismo, aumento del consumo diario de hidratos de carbono M/P por aumento del IMC 37, peso 107 kg talla 1.68.

**OBJETIVO:** Contribuir a mejorar el peso y alimentación del Sr.BSG

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Manejo del peso:  Valorar hábitos y creencias sobre beneficio de ejercicio físico	Se considera que los sujetos que poseen conocimientos y creencias positivas respecto a los beneficios del ejercicio, tienden a promover la actividad física dentro de su estilo de vida, pero ello no conduce necesariamente a la incorporación regular al ejercicio. ( Carpenito, 1994)
Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio	El ejercicio mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y la ansiedad, eleva el vigor, eleva la autoestima y la imagen corporal( Carpenito ,1994)
Ayudar al individuo o a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal	El conocimiento de dichos beneficios contribuirá a perfecciona su estilo de vida y una rutina de ejercicios que el paciente adoptara a lo largo de su vida  (Carpenito 1994)

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación</p>	<p>Es importante realizar 3 comidas al día y por lo menos 2 colaciones (porciones pequeñas entre las comidas principales como tentempiés de media mañana o media tarde). De esta forma estaremos propiciando que nuestro sistema digestivo haga un trabajo continuo con su respectivo gasto calórico. Además las comidas principales serán menos abundantes, ya que nos sentiremos satisfechos con menor cantidad.</p> <p>(Mario J Franz 1988)</p>
<p>Medición de peso y masa corporal para control</p>	<p>La valoración de pacientes para determinar el peso ideal, ya que se obtiene solamente pesando y midiendo la talla de los mismos, y aplicando la siguiente fórmula:</p> <p><math>IMC = PESO / TALLA^2</math> (Kg/m<sup>2</sup>)</p> <p>La valoración nutricional es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos</p>

<p>Orientación sobre importancia de llevar a cabo tratamiento farmacológico indicado por el médico.</p>	<p>nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional. (.(Mario J Franz 1988)</p> <p>La comprensión de las interacciones farmacológicas pueden ayudar al paciente a evitar fármacos que pueden provocar un grave aumento o descenso de la glucemia por ejemplo, los hipoglucemiantes orales, la insulina, el glucagón, la aspirina y los bloqueantes beta-adrenérgicos disminuyen la glicemia; los cortico esteroides, los remedios para el enfriamiento que contengan descongestivos aumentan la glucemia( Carpenito,1994)</p>
<p>Determinar el peso corporal ideal del individuo</p>	<p>El paciente obeso tiene menos receptores insulínicos disponibles. La pérdida de peso recupera el número de receptores insulínicos en las células, aumentando también el nivel de energía y la tolerancia al ejercicio. ( Carpenito,1994)</p> <p>El paciente puede alcanzar los objetivos de adelgazamiento mediante</p>
<p>Charlas sobre orientación nutricional</p>	

	<p>una información correcta de la combinación del plan alimenticio a si como el aumento del gasto energético. La orientación adecuada sobre la importancia de la actividad física dará una visión sobre los ejercicios adecuados a su estado de salud evitando factores de riesgo como una hipoglucemia.( Klausher,2000)</p>
<p>Toma de glucosa capilar</p>	<p>Un control minucioso de la glucemia permite detectar cambios metabólicos que ponen en riesgo la vida del paciente como una hipoglucemia grave(Papadakis,2006)</p>
<p>Referencia con el nutriólogo y contra referencia a su Unidad de Medicina Familiar</p>	<p>Canalizarlo con un profesional Promueve una alimentación saludable que contribuya a: mantener la salud, mejorar el rendimiento, aumentar la productividad y la motivación, disminuir el estrés. (Betty J.)</p>



**DIAGNOSTICO REAL:**

**NECESIDAD ALTERADA:** Movimiento y mantener una buena postura

**INSATISFECHA POR:** fuerza

**GRADO:** Parcialmente Dependiente

**DX DE ENFERMERIA:**

Alteración de Movimiento R/C fx de dedo índice M/P Dolor local agudo, edema e inmovilidad

**OBJETIVO:** controlar el dolor y mejorar su movilidad

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Administración de analgésicos:</p> <p>Determinar la ubicación, características calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</p> <p>Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito</p>	<p>Las respuestas al dolor varían según los pacientes. La enfermera deberá reconocer y aceptar la respuesta individual para actuar apropiada mente (Rosales 2004)</p> <p>La aclaración del contenido de la prescripción médica disminuye o evita errores en la aplicación del medicamento. (Rosales 2004)</p>

<p>Administrar los analgésicos (paracetamol, diclofenaco) a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia especialmente con el dolor severo</p>	<p>La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento, para lograr su absorción, distribución y eliminación, y evitar reacciones adversas incluyendo sobre dosis, intolerancia, y efectos secundarios(Rosales 2004)</p>
<p>Instruir para que solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo</p>	<p>El dolor es un dato subjetivo que solamente la persona que lo sufre puede referir, si el umbral. la farmacoterapia con enfoque preventivo para el dolor, lo mitiga con dosis total inferior y reduce los efectos secundarios(Rosales 2004)</p>

**EVALUACIÓN:** El paciente aprende a identificar el dolor y tomar su analgésico a la hora correctamente. y en el momento indicado, lo cual le permite mejorar la movilidad de su dedo

**DIAGNOSTICO:** de RIESGO

**NECESIDAD ALTERADA:** Evitar peligros

**INSATISFECHA:** por Fuerza

**GRADO:** Parcialmente Dependiente

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a padecimiento crónico degenerativo

**OBJETIVO:** evitar probables complicaciones

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Enseñar la importancia sobre el cuidado de los miembros inferiores y examen diario de los pies	A menudo, se retrasa el tratamiento, ya que el diabético no es consciente de la lesión hasta que se extiende por todo el pie y, posiblemente, el hueso, el tejido infectado mata al tejido sano, provocando gangrena. La reducción de la circulación vascular impide la cicatrización, pudiendo conducir a la amputación. Se calcula que un 50% de las amputaciones debidas a complicaciones de la diabetes podrían haberse evitado con una detección temprana y un rápido tratamiento.

<p>Mantener unos niveles normales de glucemia y colesterol</p> <p>Identificación de datos objetivos de infección en piel como son aumento, de sensibilidad, enrojecimiento, exudación, calor</p> <p>Orientar sobre el Cortar correctamente las uñas de los pies o buscar atención profesional, y acudir de forma regular al podólogo en caso de tener conos, callos o uñas encarnadas.</p> <p>Vigilancia y control de proceso circulatorio sobre todo en Miembro superior e inferiores</p> <p>Orientación sobre el Evitar exponer los pies a temperaturas extremas de frío o calor.</p>	<p>Esto reduce los estados(es decir, hiperglucemia) que contribuye al crecimiento de microorganismos.</p> <p>Esto ayuda a que el profesional sanitario no se olvide de examinar los pies del paciente. La rápida detección y tratamiento puede evitar un empeoramiento de las complicaciones</p> <p>Cortar correctamente las uñas de los pies puede impedir la aparición de lesiones debidas a unos cuidados personales poco correctos.</p> <p>Con el examen diario se pueden detectar cambios de forma precoz</p> <p>Estas precauciones ayudan a evitar quemaduras y vasoconstricciones. Los efectos fisiológicos por el calor, o frío en la superficie cutánea estimula los receptores de la piel, dichos estímulos viajan por los nervios espinalámicos</p>
---	--

<p>Usar calcetines de fibra natural, que sean calientes, y zapatos de piel suaves si costuras</p> <p>Abstenerse de fumar</p>	<p>laterales hacia el hipotálamo posterior, y desde ahí hacia la corteza cerebral,</p> <p>Los pies de un diabético son más propensos a sufrir lesiones debido a una menor circulación.</p> <p>Los calcetines calientes y el calzado adecuado evitan humedad, ayudando a evitar los conos, hiperqueratinosis y lesiones en plantas de los pies.</p> <p>La nicotina del tabaco produce vasoconstricción y reduce el flujo sanguíneo ( Carpenito,1994)</p>
--	---

**EVALUACIÓN:** Al recibir la información correcta el Sr. BSG Se compromete a llevarla a cabo y a evitar complicaciones que puedan dañar más su salud.

**DIAGNOSTICO DE RIESGO:**

Necesidad alterada: higiene y protección de la piel

Insatisfecha: conocimiento

**GRADO:** Parcialmente Dependiente

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C a procesos traumáticos o infecciosos

**OBJETIVO:** Evitar problemas infecciosos de piel y mucosas

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Buscar signos y síntomas de infección: piel roja, dolorosa y caliente	Es necesario un rápido diagnóstico y tratamiento de la infección en una persona diabética ya que la infección es una causa importante de anomalías metabólicas, desencadenantes del coma diabético( Carpenito,1994)
Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades	El hueso está muy vascularizado; la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en casos de fracturas.la respuesta de compensación a la disminución del volumen circulatorio implica un aumento de oxígeno en la sangre mediante el incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y la

	<p>disminución de la circulación en las extremidades (se aprecia por una disminución de los pulsos y piel fría). la disminución de la oxigenación cerebral puede producir cambios mentales ( Carpenito, 1994)</p>
<p>Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel</p>	<p>Lípidos sebáceos: componentes del sebo cutáneo. Forman una película más o menos oclusiva sobre la piel. El suministro de grasas de las glándulas sebáceas conduce a la normalización de la piel en caso de un estadio de sequedad y carencia de grasas. La humedad procedente de la incontinencia contribuye a la aparición de las úlceras por presión debido a la maceración de la piel ( Carpenito, 1994)</p>
<p>Elevar la extremidad lesionada</p>	<p>Los ejercicios ayudan a aumentar el retorno venoso; evitar la presión externa ayuda a impedir la estasis venosa (Carpenito 1994).</p>

**EVALUACION:** el paciente conoce los signos y síntomas que puede presentar y las medidas de seguridad que debe llevar a cabo si están presentes.

**DIAGNOSTICO REAL:**

**NECESIDAD ALTERADA:** Descanso y Sueño

**INSATISFECHA:** Voluntad

**GRADO:** Parcialmente Dependiente

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Deprivación de sueño R/C un entorno incomodo o desconocido M/P insomnio, Cansancio y adinamia

**OBJETIVO:** Contribuir a mejorar el sueño y descanso.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Proporcionar medidas a tomar antes de acostarse para ayudar a dormir: por ejemplo tiempo tranquilo para permitir que la mente vaya más despacio	El hipotálamo controla las funciones vegetativas e interviene en la conducta, generación alteraciones de la actividad( dinamismo, pasividad) e impulsos sensoriales según la estimulación del área de satisfacción(serenidad, docilidad ,placer) o del área de aversión (dolor, ira, miedo, ansiedad, huida). Medidas sencillas que puedan aumentar la calidad de sueño ( Somer,1999)
Proporcionar un masaje en la espalda antes de acostarse.	La práctica de un masaje en la espalda se ha demostrado que es eficaz para

	<p>fomentar la relajación, lo cual probablemente conduce a mejorar el sueño( Richards,2003)</p>
<p>Mantener un ambiente tranquilo</p>	<p>Favorece a una relajación y una mejor calidad de sueño</p>
<p>Motivar al usuario a escuchar música suave para facilitar el sueño</p>	<p>La música provoca una mejor calidad del sueño, una mayor duración del sueño, una mayor eficacia del sueño, una latencia menor del sueño, menor deterioro del sueño(Lai y Good,2005)</p>
<p>Orientar al paciente a tener una posición cómoda para el descanso</p>	<p>Los individuos gastan energía en la realización de las actividades diarias y con el sueño ayudan a recuperar esta energía y permiten un funcionamiento corporal óptimo( Carpenito,1994)</p>

**EVALUACION:** Con las actividades realizadas se levantará con menos frecuencia durante la madrugada y favorecerá el sueño.

## VI.- CONCLUSIONES.

El presente proceso de atención de enfermería que se aplicó en el paciente logró cumplir con los objetivos planteados y a su mismo se logran satisfacer las necesidades del paciente, de una forma integral, los conocimientos teóricos científicos en la planeación ideal de la atención del paciente con el profesionalismo y ética que nos identifica para lograr una calidad de vida para el individuo y su familia.

El proceso atención de enfermería es una herramienta metodológica donde se integra el proceso enseñanza y aprendizaje, en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del Modelo de Virginia Henderson.

Así mismo el manejo oportuno de los procedimientos en cada actividad realizada para el paciente y con resultados favorables en cada intervención, la cual se establece con una mejoría, del paciente lo cual queda con mucho entusiasmo al saber cómo cuidarse y evitar complicaciones de su enfermedad llegar a tener una mejor calidad de vida y engrandecer su utilidad en la vida cotidiana y sobre todo llevar conocimiento acerca de las medidas higiénicas que debe seguir.

Al aplicar el proceso atención de enfermería Aprendí que cada individuo responde de diferente manera aun que sea la misma patología ya que existen enfermos y no tanto enfermedades y el entusiasmo que cada paciente tiene lo hace salir más pronto de su enfermedad o aceptarla como parte de su vida y contribuir a su mejoramiento de él y el apoyado que le proporciona la familia porque ya no es el paciente diabético sino la familia diabética como lo es el núcleo de la sociedad.

## VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ann Marriner Tomey y Martha Raile A. (2007) *Modelos y teorías en Enfermería*. Quinta y sexta edición.
- 2.- Burke y Walsh *Enfermería Gerontológica*. (1998) Cuidado integrales del Adulto Mayor Ed. Harcourt. Brace.
- 3.- Alfaro, Rosalinda (1998). *Aplicación del proceso de enfermería*. Guía Práctica, Barcelona, Ed. Doyma.
- 4.- Alfaro Lefevre, Rosalinda (1997) *Pensamiento Crítico en Enfermería*, Ed. Masson
- 5.- Betty J .Ackley, Gail B.col (2007) *Manual de Diagnósticos de Enfermería* Guía para la planificación de los cuidados. Ed. Mosby.
- 6.- Bertha A. Rodríguez S. *Proceso Enfermero, Aplicación Actual*, 2da. Ed., Cuellar.
- 7.- Brito M y Cols (1996.) *Historia de la Enfermería*, 6 Ed. México: interamericana.
- 8.- Carmen Fernández Ferrin y cols. (1993) *El Proceso de Atención de Enfermería*, Ed. Salvat.
- 9.- Catalina García Martín-Caro, María Luisa Martínez Martín. . (2007) *Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Elsevier, Ed. Harcourt.
- 10.- Colliere M (1995). *Promover la Vida*, Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- 11.- Donahue P. (1985) *Historia de la Enfermería*. 1ª Ed. Mosby. Madrid.
- 12.- Gutiérrez María del Carmen. (2007), *Adaptación y Cuidado en el Ser Humano*. Manual Moderno, Bogotá.

- 13.- Granjel, LS. (1991), *Historia de la Vejez*. Gerontología, Gerocultura, Geriatría. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- 14.- Hayflick L, Barcia D y Miguel J, (1990), *Aspectos actuales del Envejecimiento Normal y Patológico*. Madrid.
- 15.- Hernández Condesa. (1999) *Fundamentos de la Enfermería*, Ed. Mc Graw-Hill, España.
- 16.- Hernández Conesa Juana (1995): *Historia de la Enfermería*. Un análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- 17.- Kerouac Susanne. (1996) *Pensamiento Enfermero*, Ed. Masson España
- 18.- Ruby L. Wesley (1997): *Teorías y Modelos de Enfermería*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México.
- 19.- Lawrence M. Tierney, Jr. Papadakis. (2008). *Diagnostico Clínico y tratamiento*, Ed. Manual Moderno
- 20.- Olson, C. H. 2005. *Diabetes Mellitus*. México DF: Ed. Científica.
- 21.- Schubert V. (1988) *El Legado Histórico del modelo Nightingale* Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería.

## VIII.- ANEXOS



### ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

#### INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO.

##### FICHE DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre BSG edad 51 años sexo M

Fecha de nacimiento 01 de FEBRERO 1960 Escolaridad: Universidad

Ocupación Empleado estado civil casado

Lugar de residencia calle norte N° 67 Moctezuma 1 sección, México D,F

##### 1. NECESIDAD DE OXIGENACION

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? no ¿cuál? Ninguno, la paciente presenta el mecanismo de inspiración y expiración normal

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? que es muy malo para la salud y aparte es una adicción que puede llevar a la muerte.

¿Usted fuma? No ¿desde hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de cigarrillos al día?\_\_\_\_\_ ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar?\_\_\_\_\_

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabajo puede afectar su Oxigenación? No ¿en qué forma?\_\_\_\_\_

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? Principalmente no fumar y alejarme de las personas que lo hacen para no ser una fumadora pasiva.

¿En que forma?\_\_\_\_\_

Fármacos específicos ningunos\_\_\_\_\_

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente presenta los músculos intercostales, diafragma normales, el ciclo de la respiración exterioriza un adecuado ciclo de inspiración y espiración, la nariz se encuentra simétrica a los rasgos faciales, narinas adecuadas, así como tabique nasal recto, sin problemas de oclusión respiratoria.

## **2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION:**

¿Qué Alimentos consume regularmente?

Frutas, verduras carne y tamales ¿Cuántas veces se alimenta al día? 3

¿Qué alimentos prefiere? No tengo preferencia ya que como lo que puedo por mi trabajo.\_\_\_\_\_

¿Qué Alimentos le desagradan?

Las habas, el picante, los chicharos\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? No el paciente cuenta con toda su dentadura.

¿Cuáles? Ningunos

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? Ningunos

¿Cuáles? Ningunos

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? No le gusta tomar casi agua simple prefiere el refresco.

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No de ninguna manera, refieren que la misma es creyente de la religión católica, ¿De qué manera? De ninguna manera.

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No refiere que conoce lo que le hace daño para su salud ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? Le da el gasto a su esposa el 50% de lo que gana ¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? Ninguna ¿Cuáles? Nada

Fármacos específicos ningún

### **EXPLORACION FÍSICA GASTROINTESTINAL:**

Peso 107 kg

Talla 1.68

Presenta un aumento de masa abdominal, el peristaltismo presente presenta un peso superior al, normal ingiere alimentos que dañan su salud

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACION:**

¿Cuántas veces evacua al día? 2 o 3 ¿Qué características tienen sus heces? normales ni duras ni líquidas de consistencia blanda

¿Cuántas veces micciona al día? 2 o 4 veces ¿Qué características tiene su orina?

En la mayoría de las ocasiones es amarillo claro, sin sedimentos, o a veces concentrada ya que casi no consumo agua simple prefiero de frutas o refresco

¿Qué características tiene su menstruación?

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? NO

¿Cuáles? ¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual?

Fármacos: ninguno

#### ***EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA ELIMINACIÓN:***

El paciente refiere que a pesar de su enfermedad ya no se levanta frecuentemente al baño en la madrugada. Necesidad no afectada

#### ***4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:***

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

sedentaria, no practica ningún ejercicio

¿Realiza ejercicio? Ninguno ¿Qué tipo de ejercicio? Ninguno

¿Cómo es su tolerancia física cuando realizar ejercicio? solo camina pero practica ningún ejercicio ¿Cómo influye en ejercicio en su estado emocional? no tiene noción porque no a practicado ¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? No ¿Cuáles? Ninguno

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? no ¿de que tipo? De ninguno

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? Ninguno

Fármacos ninguno

**EXPLORACION FÍSICA:**

Presenta simetría en miembros torácicos, y miembros pélvicos normales

**5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:**

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 2 ¿cuántas horas duerme? 7hrs

¿Se duerme fácilmente? si pero se despierta en la madrugada ¿cree tener alteración del sueño? Si ¿a que considera que se deba estas alteraciones? tal vez me preocupa quedarme sin trabajo ¿Ronca ruidoso? No ¿usted cree que el roncar es un problema de salud? No sabe?

¿Qué ha hecho para solucionarlo? Nada lo considero a mi edad

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? no meda sueño en el día y mi humor no se altera ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudio o trabaja para su descanso y sueño? Aunque vivo en un condominio los vecinos no molestan y no tengo ningún problema para conciliar el sueño.

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? No considera que tenga que hacer ejercicio para dormir bien.

Fármacos

No utiliza ningún fármaco como auxiliar del sueño

**EXPLORACION FÍSICA:**

El paciente, presenta insomnio, pero dice no alterar su estado de ánimo en el día siguiente

## 6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? No ¿en que medida?  
Ninguna

¿Elige su vestuario en forma independiente? si ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? No lo altera no tengo problemas para elegir mi ropa ya venden tallas extras

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? Si hace frio me pongo solo un suéter no soy friolento, y me gusta el clima templado

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? Dice la moda es para los adolescentes y ya pase esa etapa ¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? Dice que me sienta bien yo y este cómodo no tengo problema

### **EXPLORACION FÍSICA:**

Usa ropa holgada y no le incomoda Necesidad no afectada

## **7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION:**

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? No influyen

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted, vive estudia o trabajan? Menciona que la temperatura en su casa es buena ya que en la sala tiene un ventanal que le proporciona luz del sol

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Refieren que utiliza lo necesario para no pasar frio y que su casa no se siente mucho frio ni calor ¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Utiliza suéter, calcetines, ¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? Ninguno

Fármacos

Ningún tipo de fármaco

**EXPLORACION FÍSICA:**

Esta necesidad no se encuentra afectada

**8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:**

¿Con que frecuencia se realiza baño de cavidades? Diariamente

¿A qué hora del día prefiere bañarse? En la mañana ¿cuántas veces se lava los dientes? Tres veces al día

¿Cómo se lava los dientes? De arriba hacia abajo, los molares en forma circular y la lengua en forma vertical

¿En qué casos se lava las manos? Cada que va al baño y cuando ingiere algún alimento

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? Cada mes o cada dos meses

¿Cómo lo hace? Su esposa se las corta con alicata o a veces acude con el podólogo ¿Qué aspecto de la higiene considera más importante? La del baño diario

¿Qué significa para usted la higiene? Previene enfermedades

Fármacos

Ningunos

**EXPLORACION FISISCA:**

Menciona que debe secarse y lubricarse la piel principalmente de sus pies por su enfermedad

## **9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:**

¿Cuenta con su esquema completo de vacunación? Si ¿Qué vacunas no se le han aplicado? No se a cuerda

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud ?se revisa sus pies diariamente ¿Con que frecuencia se realiza la autoexploración física? solo de sus pies ¿Tienes vida Sexual activa? si pero en periodos dispersos ya no como antes ¿Qué preferencia sexual tiene? Es heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? no

¿Cuál?

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? No ¿Cuál?

¿Toma bebidas alcohólicas? No ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? Ninguna

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Sabe que no son buenas para su salud

¿Consume drogas? No ¿De qué tipo? De ninguna

¿Desde cuándo y con qué frecuencia? Nunca

¿Qué opinión tiene sobre el consumo de drogas? Menciona que dañan la salud

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? No

¿Cuáles? Ninguno

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? No ¿Cuál? Ninguno

¿En el lugar donde vive, estudia o trabaja, existen peligros que le pudieran provocar daños a la salud? mencionan que no ¿Cómo cuales? Ningunos

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? No coopera para las respuestas

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? verificar señales de vialidad, no consumir alcohol ni drogas

### **EXPLORACION FÍSICA:**

Esta necesidad no se encuentra afectada

### **10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:**

¿Con quién vive? Con su esposa y sus tres hijos y su nuera

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? bien ya que mis familiares viven cerca y con la tienda conozco a la mayoría de mis vecinos

¿Pertenece algún grupo social? No ¿A cuál? Ninguno

¿Durante cuánto tiempo esta solo? Prácticamente nunca por la tienda

¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? Buena porque ella sabe de mi enfermedad

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? No ¿Cuál? Ninguno

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No ¿De qué tipo? De ninguno

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo, que limiten la comunicación con los demás? No ¿Cuáles? ninguno

Fármacos

De ningún tipo

## **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Necesidad no afectada

### **11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:**

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si \_\_\_ ¿Cual? La religión católica \_\_\_\_\_

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? Como que las tres son un complemento que es DIOS

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Mencionan que ocasionalmente

¿Tiene algún problema que limite o impida asistir a su centro religiosa? No \_\_\_ ¿De qué tipo? ninguno \_\_\_\_\_ ¿Sus

creencias religiosas le generan conflictos personales? No \_\_\_ ¿Por qué? Refieren que su familia es católica.

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? No \_\_\_ ¿Por qué? dice dios no castiga uno tiene en la vida lo que se merece ¿Qué significa para usted un valor? algo significativo y que se debe tener ante la vida ¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si \_\_\_ ¿Por qué? Porque no le hago daño a nadie

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? Un proceso que todos los seres pasamos y que debemos respetar la voluntad de dios

## **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Necesidad no afectada

## **12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:**

¿Cuál es su rol familiar? padre ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? Si

¿Por qué? Porque tengo un trabajo y les dedico tiempo a mi familia

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? Una mayor estabilidad

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? Tiene lo necesario para vivir

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? cuando le puedo le ayudo a mi esposa a barrer o a escombrar ¿Realiza alguna actividad altruista? No

¿De qué tipo? De ningún

¿Está satisfecho(a) con su manera de pensar y actuar? Refiere que si

## **EXPLORACION FÍSICA:**

Necesidad no afectada

## **13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? Algunas veces

¿Por qué? Porque la mayor parte estoy en la tienda

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas me gusta estar más en la tienda ¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Debes en cuando futbol

¿Con que frecuencia? aproximadamente al año 3 veces ¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? si ¿Por qué? prefiero estar con mi familia

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas?  
Bien, Fármacos

Ningún tipo de medicamento

#### **14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

¿Padece de algún problema que interfiere en su aprendizaje? Ninguno

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Qué significado tiene para usted ir a la escuela? El saber y tener una profesión en la vida

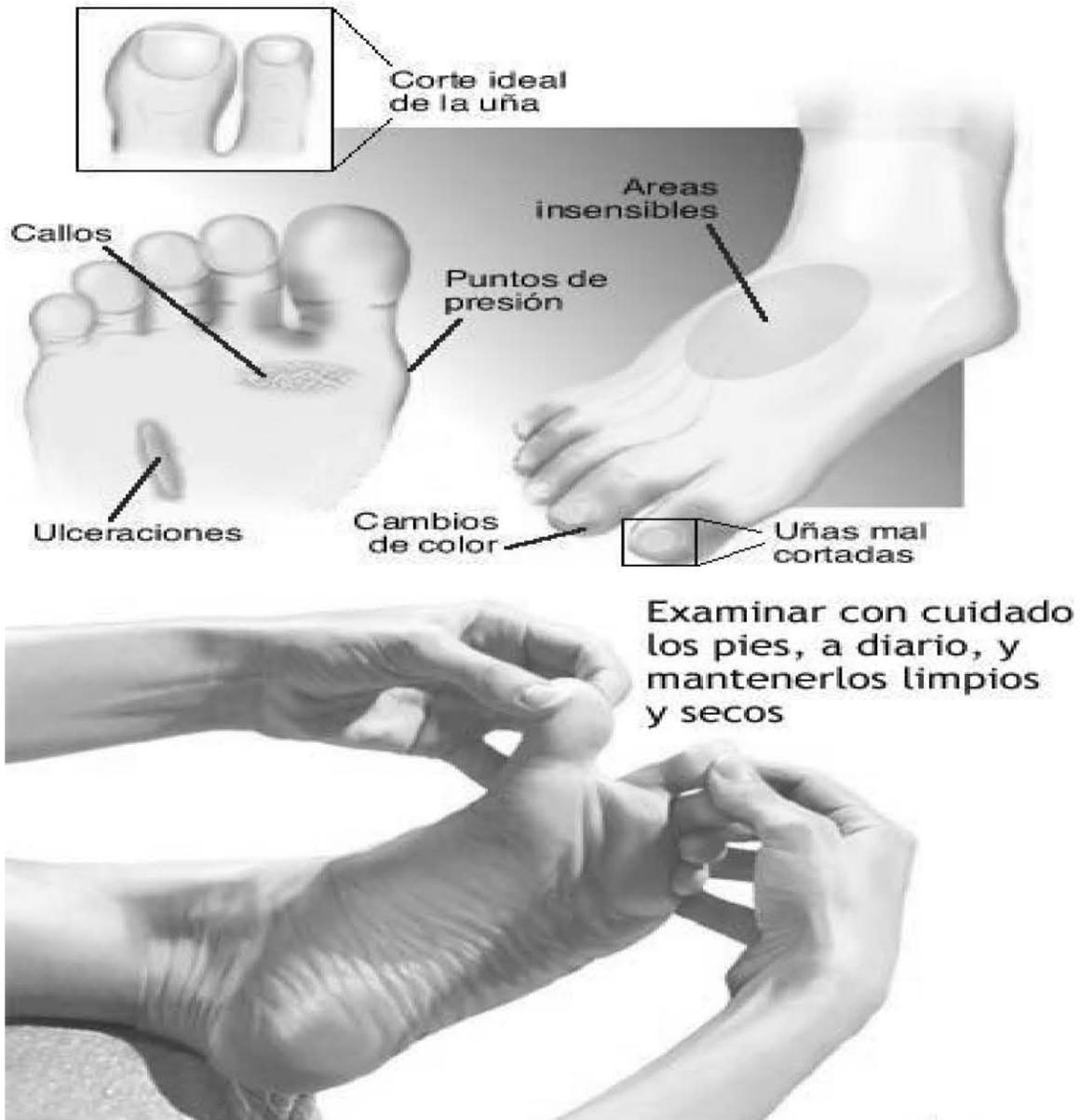
¿Cómo influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? Es importante la comunicación

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Escuelas

#### **EXPLORACION FISICA:**

Necesidad no se encuentra afectada

## Cuidado de los pies en el diabético



	Sin Peligro	Peligro... ¡Cuidado!
Para pies fríos		 Calentador      Bolsa de agua caliente
Para limpiar los pies		 Bolsa de agua caliente
Forma de sentarse	 Los dos pies en el piso	 Pies cruzados
Medias	 Sin apretar Ajuste uniforme Algodón y lana	 Tiene que ser cómoda      Pies muy apretados
Compra de zapatos		