



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO. CLAVE: 8723

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
MUJER, ADULTO MAYOR, CON ALTERACIONES DE LA
NECESIDAD DE NUTRICIÓN**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

CARDONA NAVARRO CYNTHIA FABIOLA

NO. CUENTA: 411525015

ASESOR: (A)

L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO. CLAVE: 8723

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
MUJER, ADULTO MAYOR, CON ALTERACIONES DE LA
NECESIDAD DE NUTRICIÓN**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

CARDONA NAVARRO CYNTHIA FABIOLA

NO. CUENTA: 411525015

ASESOR: (A)

L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015

1. AGRADECIMIENTOS

Desde mi nacimiento Dios me mostró lo bondadoso que es dándome la vida, obsequiándome el mejor de los regalos que una persona pudiera tener MI FAMILIA. Para Él es mi mayor agradecimiento por brindarme lo más maravilloso, por cada amanecer, por cada minuto de vida y por ponerme en esta hermosa profesión.

Gracias Dios por permitirme llegar hasta este momento, el inicio de una etapa y la culminación de otra, nuevos retos y metas que cumplir siempre en tu compañía.

Gracias a mis padres, que sin su apoyo no había llegado a este logro. Agradecida por siempre estaré con ustedes por compartir mis alegrías, mis tristezas, mis derrotas y mis triunfos; pero sobre todo por su apoyo incondicional en todo momento y por siempre tener palabras de aliento cuando las necesitaba. Cada paso que doy es por ustedes, mi mayor motivación, mi mejor inspiración. Gracias por enseñarme lo fácil que puede ser la vida cuando haces lo correcto, cuando estás con los que quieres, cuando luchas por tus sueños sin olvidarte de dónde vienes, pero sobre todo cuando te levantas con la frente en alto en esa tu peor derrota.

Gracias a esos ángeles maravillosos que Dios trajo para mí, mis hermanas. Para siempre estar unidas, animarme y apoyarme en todo momento. Con quienes he compartido travesuras, regaños y millones de momentos felices a su lado.

Un agradecimiento especial a la madre María Elena Rodríguez García quien me orientó en la elaboración de este proyecto, gracias por auxiliarme con sus conocimientos y evaluando detalladamente para que este trabajo y la ayuda a mi paciente fuera de calidad. Dios la siga bendiciendo para que como a mí, pueda seguir ayudando a muchos más.

Gracias a todos mis profesores y personal de la Escuela de Enfermería, que participaron en mi formación académica, por regalarme de su tiempo y compartir sus conocimientos. Por siempre mostrar preocupación sobre mi aprendizaje y estar en todo momento pendiente del más mínimo detalle, para llevarme los mejores conocimientos y grandes aprendizajes. Gracias por ayudarme a reafirmar mi verdadera vocación, por hacerme ver lo importante que es no sólo curar sino también cuidar.

2. DEDICATORIA

Dedicado a mi padre Eduardo Cardona Castellanos, quien nunca dejó de confiar en mí, quien con solo un abrazo me demostraba su inmenso amor y hacia olvidar mis mayores penas. Quien me compartió de su valioso tiempo solo para hacerme recordar que no estoy sola, que me enseñó desde pequeña a vencer mis miedos, a nunca rendirme y ser siempre firme en mis decisiones. Quien siempre buscaba palabras de aliento para remediar las tristezas y me ayudó a ver la vida de otra manera, buscando miles de soluciones a mis problemas.

 Mi padre, la persona que siempre ha velado por mi bienestar, por recibir una excelente educación y día a día lucha por darme lo mejor. Este triunfo es para ti padre, porque siempre hiciste hasta lo imposible por verme llegar hasta donde estoy ahora, te amo papá.

ÍNDICE

1. DEDICATORIAS	6
2. AGRADECIMIENTOS	7
3. INTRODUCCIÓN	8
4. JUSTIFICACIÓN	10
5. OBJETIVOS	12
5.1. General	12
5.2. Específico	12
6. METODOLOGÍA	13
7. MARCO TEÓRICO	15
7.1. Historia de la enfermería	15
7.1.1. El papel de la mujer	16
7.1.2. La religión	16
7.1.3. La guerra	17
7.2. Teoría de Virginia Henderson	18
7.2.1. Biografía	18
7.2.2. Fuentes teóricas	19
7.2.3. Principales supuestos	21
7.2.4. Conceptos principales y definiciones	22
7.3. Proceso atención de enfermería	24
7.3.1. Características del proceso enfermero	24
7.3.2. Beneficios del uso del proceso enfermero	26
7.3.3. Primera etapa: valoración	29
7.3.4. Segunda etapa: diagnóstico	30

7.3.5.	Tercera etapa: planeación	32
7.3.6.	Cuarta etapa: ejecución	33
7.3.7.	Quinta etapa: evaluación	34
7.4.	Nutrición en el adulto mayor	34
7.4.1.	Malnutrición en el anciano	35
7.4.2.	Epidemiología	35
7.4.3.	Consecuencias adversas de la desnutrición	35 41
7.4.4.	Evaluación nutricional	
7.4.5.	Requerimientos nutricionales del adulto mayor	44
7.4.6.	Generalidades sobre los nutrientes básicos	
8.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	45
8.1.	Caso clínico	45
8.2.	Valoración de enfermería	47
8.3.	Plan de cuidados	55
9.	PLAN DE ALTA	72
10.	CONCLUSIONES	74
11.	BIBLIOGRAFIA	75
12.	ANEXOS	77

3. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, eficientes, centrado en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico, realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para otorgar cuidados individualizados, con el enfoque básico que cada persona o grupo requiere, debido a las distintas formas en que responden ante una alteración real o potencial de salud.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería ubica a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a toda su persona y no sólo a su enfermedad, por ello se dice que valora a la persona en sus cuatro dimensiones. (Fisiológico, social, emocional y espiritual).

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Para la realización del presente proyecto se contó con la aceptación y autorización por parte de la usuaria y familia para llevar a cabo cada una de las actividades propuestas.

El presente trabajo aborda diferentes capítulos, en uno de los cuales se menciona la justificación, incluyendo dentro de esta la vulnerabilidad, la viabilidad, la factibilidad, trascendencia y magnitud. Seguida la redacción de los objetivos, donde se explica de forma detallada por qué es conveniente y qué o cuáles son los resultados que se desean alcanzar. Al igual que se muestra la metodología que se empleó para su elaboración.

Dentro del marco teórico se desarrollan los siguientes temas: historia de la enfermería, biografía y paradigma de Virginia Henderson, Proceso Atención de Enfermería y nutrición en el adulto mayor.

Posteriormente se presenta la aplicación del proceso atención de enfermería en donde encontraremos la valoración de la señora MCG realizada en su domicilio, basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y jerarquizadas según la pirámide de Maslow; los diagnósticos establecidos según la NANDA, hallaremos de igual forma la planeación de las actividades basándonos en el NIC, la ejecución de dichas intervenciones y por último la evaluación de los cuidados. Finalmente se muestran las conclusiones, bibliografía y anexos.

4. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años a razón de un año. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años. Se especula que en el año 2025 se duplicará, y para el 2050 ascenderá a 2 000 millones de adultos mayores.

La Organización Panamericana de la Salud realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud de la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida la Ciudad de México. Las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis.

México cuenta con poca información de las características del entorno del adulto mayor y su perfil de salud y nutrición. La información disponible procede de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993), realizada en zonas urbanas, y la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000); ambas notificaron que los problemas más comunes en las personas mayores de 60 años eran la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia y algunas enfermedades renales.

Un grupo altamente vulnerable a enfermar y morir a causa de la desnutrición es el de las personas adultas mayores, entre quienes se concentra el más alto número de casos. En efecto, en el periodo señalado de 2002 a 2011, fallecieron a causa de la

desnutrición 60,722 personas, es decir, un promedio de 6 mil casos anuales, o bien, un promedio de 16 casos al día.

Es necesaria la participación de enfermería en el cuidado del adulto mayor, en especial en la necesidad de nutrición, en donde necesitamos mayor énfasis, ya que este grupo de personas necesita otros requerimientos nutricionales adicionales para mantener su estado de salud.

Por lo antes expuesto, se trabajó con la paciente MCG para apoyar en la atención a esta necesidad afectada; realizando diferentes intervenciones como educación para la salud, esperando la participación activa de ella y su familia, con la finalidad de mejorar el estado físico, mental y social para lograr buenos resultados.

Considero viable llevar a cabo este proyecto ya que se habló con los familiares de la usuaria, quienes dieron la autorización de trabajar con la paciente que requiere esta ayuda.

5. OBJETIVOS

5.1. General:

Aplicar el proceso de enfermería a una usuaria adulto mayor con alteración en la necesidad de nutrición brindando cuidados de forma holística para controlar y minimizar las complicaciones que presenta.

5.2. Específicos:

- Crear una base de datos sobre la respuesta del paciente a problemas de salud o a enfermedades para posibilitar el control de las necesidades afectadas.
- Identificar las capacidades y los problemas de salud reales y/o potenciales del paciente que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería o colaborando con otros profesionales.
- Elaborar una lista de diagnósticos de enfermería por medio de la examinación minuciosa de los datos subjetivos y objetivos obtenidos.
- Desarrollar un plan de cuidados individualizados que especifique los objetivos y las intervenciones de enfermería.
- Realizar las intervenciones de enfermería planificadas para mejorar el estado de salud del paciente.
- Determinar los logros del plan de cuidados o en su caso continuarlos, modificarlos o finalizarlos.

6. METODOLOGIA

El trabajo se realizó en el domicilio del paciente, con la anticipada autorización del familiar responsable. Se inició con la valoración el día 1 de abril del año 2015 y evaluándose actividades el día 15 de Agosto del mismo año.

Se hizo uso del proceso atención de enfermería, ya que posee características exclusivas que le permiten dar respuesta al estado cámbiate de salud del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, su ámbito de acción centrado en el paciente, su enfoque dirigido a la resolución de problemas y a la toma de decisiones, su estilo interpersonal e interdependiente, su aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.

Posterior a la elección del paciente, se inició con la valoración basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson; la mayoría de los datos fueron obtenidos por la propia paciente y algunos otros por sus familiares. Se registraron datos biográficos, historia del padecimiento actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, estilo de vida, datos sociales, datos psicológicos y patrones de asistencia sanitaria. Se realizó una diferenciación de datos relevantes de los irrelevantes, así como de datos importantes de los superfluos.

Después de la jerarquización de las necesidades afectadas de acuerdo a la pirámide de Maslow, se agregó la condición que la paciente tiene ante cada necesidad.

En seguida se prosiguió a la elaboración de los diagnósticos con sus respectivos objetivos y un cuadro en el que se redactó el plan de cuidados, su ejecución, así como su fundamento teórico.

En cuanto a la metodología; según su enfoque es mixto, según la captación de la información es retro prospectivo, según la intervención del investigador es experimental, de acuerdo a la interpretación, analítico.

Finalmente se agrega una conclusión personal sobre la utilización de proceso atención de enfermería, así como los beneficios de su aplicación tanto para el paciente como para el profesional de enfermería, también se añade mi experiencia personal.

7. MARCO TEORICO

7.1. Historia de la enfermería

El hombre primitivo creía en lo sobrenatural, todo tenía vida para él; en consecuencia, la respuesta a sus males la tenía la naturaleza. Su observación no fue suficiente e inicia la búsqueda de respuestas a sus necesidades de sanar sus enfermedades que son consideradas sobrenaturales; allí nace la combinación de prácticas ocultas y empíricas puesto que el hombre habitaba dos mundos, el visible y el invisible.(CARRERA, 2005)

La erudición mágica se iba incrementando en pocas personas, es así como nacen los curanderos, hechiceros y brujos; al disponer de poderes se convertían en personajes con prestigio; “comienza entonces la especialización en el arte de la curación” (SHRYOCK, 1959).

Se inicia así la magia negra y la magia blanca; la magia negra destructiva con malos espíritus, la magia blanca constructiva con buenos espíritu. En la práctica venía lo ritual, que acabo por convertirse en un tono religioso, dando inicio a las distinciones de sacerdotes y curanderos.(CARRERA, 2005)

En sus inicios, medicina y enfermería estaban estrechamente ligadas. Según Davison, “la enfermería constituye la piedra angular de la fundación de la medicina”, ya que la enfermera precedió al sacerdote, al curandero y al médico. Se cree que en su inicio constituían un soloservicio. Posteriormente se dio lugar a la división del trabajo, llamándose “suministrador de servicios” al que lo

organizaba y “cuidador” al que lo ejecutaba (STEWART y AUSTIN, 1962)

A enfermería se le conoce como la más antigua de las artes y la más moderna de las profesiones. Ha sido una profesión de lucha permanente, de trabajo abnegado humanitario y con falta de reconocimiento social, ya que una profesión se la reconoce cuando la sociedad la identifica como tal (ELLIOT, 1975)

7.1.1. El papel de la mujer

Los roles tradicionales de la mujer, de esposa, madre, hija y hermana, siempre han incluido el cuidado y la alimentación de los miembros de la familia. Desde el principio de los tiempos, las mujeres han cuidado de los niños; de este modo, se puede decir que la enfermería tiene sus orígenes en el hogar. (CRESPO, 1992)

Además, las mujeres, que en general ocupaban un lugar servil y dependiente, eran requeridas para cuidar otros miembros de la comunidad que estuviesen enfermos. (KOZIER, 2005)

Con frecuencia, los cuidados que proporcionaban se relacionaban con el mantenimiento físico y el bienestar. De este modo, el papel tradicional de la enfermería siempre ha llevado el cuidado de las personas, su alimentación, consuelo y apoyo.(KOZIER, 2005)

7.1.2. La religión

Aunque la mayoría de las religiones del mundo proclaman la benevolencia, fue el valor cristiano del <<ama a tu prójimo como a ti

mismo>> y la parábola cristiana del Buen Samaritano, los que tuvieron un efecto notable sobre el desarrollo de la enfermería occidental. Durante los siglos III y IV, varias matronas pudientes del Imperio Romano, como Fabiola, se convirtieron al cristianismo y utilizaron sus fortunas para proporcionar casas de cuidados y curación para los pobres, enfermos y las personas sin hogar. (KOZIER, 2005)

Un componente vital de la enfermería fue el “cuidado”; éste le daba identidad propia, abarca el afecto, la solidaridad, responsabilidad hacia los necesitados y desvalidos. La suma de otros elementos como el humanismo, el altruismo, las formas más nobles del amor y bondad, hicieron que la enfermera dedicara su vida al servicio, por amor, a los demás. Para fomentar la salud o vencer la enfermedad, enfermería se recrea y nacen dos elementos importantes: experiencia y habilidad y conocimientos. (CARRERA, 2005)

La experiencia y habilidad desarrolla procedimientos específicos. Los conocimientos se incrementan conforme se disponía de mayor información de las enfermedades. (DOCK y STEWART, 2005)

7.1.3. Guerra

A lo largo de la historia, las guerras han acentuado la necesidad de personas dedicadas a la enfermería. Durante la guerra de Crimea (1854 – 1856), lo inadecuado de la prestación de cuidados médicos a los soldados suscito una clamorosa protesta pública en Gran Bretaña. El papel que desempeñó Florencia Nightingale al abordar este problema es bien conocido. Sir Sidney, le pidió que reuniera un

contingente de enfermeras para que cuidaran de los enfermos y heridos en Crimea. Nightingale y sus enfermeras transformaron los hospitales militares, implantando prácticas higiénicas, como lavarse las manos y las ropas con regularidad.

El estallido de la I Guerra Mundial impulsó a mujeres estadounidenses, británicas y francesas a alistarse como voluntarias en los servicios de enfermería. Estas enfermeras resistieron en entornos muy duros y trataron lesiones nunca antes vistas.

Las bajas debidas a la II Guerra Mundial ocasionaron una grave escasez de cuidadoras, y se instituyó entonces el cuerpo de enfermeras como respuesta a la acusada insuficiencia en el número de estas personas. También en aquel tiempo cobraron notoriedad los auxiliares de salud. Enfermeras <<prácticas>>, ayudantes y técnicos aportaron gran parte de los cuidados de enfermería bajo la instrucción y supervisión de enfermeras más preparadas. En aquel tiempo surgieron también las especialidades médicas para atender las necesidades de los pacientes hospitalizados. (KOZIER, 2013)

7.2. Teoría de Virginia Henderson

7.2.1. Biografía

Nació en 1897 y estudió en Virginia (E.E.U.U.) Durante la primera guerra mundial empezó a interesarse por la Enfermería y se graduó en 1921. Se licenció como profesora de Enfermería y tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Entre sus obras más importantes está *The Principles and Practice of Nursing* cuya sexta edición se publicó en 1978. Este libro de texto fue utilizado por muchas

escuelas de Enfermería para preparar sus programas formativos. (MARRINER, 2008)

Durante los ochenta, Henderson continuó su labor investigadora. Fue nombrada doctora honoris causa en más de nueve ocasiones. Murió a los noventa y ocho años. Su definición de Enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación. Sobre ella se escribió: “Miss Virginia Avenel Henderson fue al siglo XX lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido el mundo entero”. Su obra sirvió como base para que la Enfermería se considerara una disciplina científica profesional.

7.2.2. Fuentes teóricas

Henderson publicó en 1955 por primera vez su definición de enfermería en la revisión de *The Principles and Practice of Nursing*. Henderson decidió elaborar su propia definición de enfermería por tres motivos principalmente:

- En 1939, la revisión que realizó de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* le hizo darse cuenta de la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras.
- Impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional del *National Nursing Council* estadounidense en 1946.
- La investigación de cinco años de la ANA sobre la función de las enfermeras acabó de despertar el interés, ya que no estaba totalmente satisfecha con lo que la ANA adoptó en 1955.

En *The Nature of Nursing*, mencionó las siguientes personas que la habían influido durante sus primeros años como enfermera. (MARRINER, 2008)

Annie W. Goodrich.- Fue una inspiración para Henderson. Era la decana de la escuela donde Henderson recibió su educación enfermera elemental. Henderson recordaba que: <<Cuando visitaba nuestra unidad, hacía que nos fijáramos en detalles más allá de las técnicas y de la rutina>>. Atribuyó a Goodrich su desacuerdo de la idea de que la enfermería estaba bajo las órdenes de la medicina. (MARRINER, 2008)

Carine Stackpole.- Era profesora de filosofía de Henderson cuando estudiaba en el Teachers College de la Universidad de Colombia. Inculcó a Henderson lo importante que era mantener el equilibrio psicológico.

Jean Broadhurst.- Profesora de microbiología del Teachers College. De ella aprendió la importancia de la higiene y la asepsia. (MARRINER, 2008)

Edward Thorndike.- Realizaba estudios sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Gracias a él, Henderson mencionó que la enfermedad es <<más que un estado de alteración de la salud>> y que en los hospitales no se satisfacía la mayoría de las necesidades básicas.

George Deaver.- Era físico y laboraba en el Institute for the Crippled and Disabled y, poco después, también en el Bellevue Hospital.

Henderson aprendió de él que el objetivo de la rehabilitación es devolver al paciente su independencia.(MARRINER, 2008)

Bertha Harmer.–EnfermeraCanadiense, autora original de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, que Henderson revisó. Ellas nunca se conocieron pero sus definiciones de enfermería son parecidas. La definición de Harmer de 1992 empieza así: <<La enfermería tiene sus raíces en las necesidades de la humanidad>>.

Ida Jean Orlando.- Henderson reconoció que Orlando la había influido en el concepto de la relación enfermera – paciente. Afirmó que gracias a Orlando se dio cuenta lo fácil que es que la enfermera interprete mal las necesidades del paciente si no verifica su interpretación con él.

7.2.3. Principales supuestos

Henderson no citó directamente sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista de supuestos se ha adaptado a partir de sus publicaciones.

Enfermería:

- La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando éste atienda al paciente.

- La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencia biológicas como sociales.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Persona (paciente):

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

Salud:

- La salud es calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno:

- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.

- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivar de éstas.

7.2.4. Conceptos principales y definiciones

Enfermería: Henderson definió la enfermería en términos funcionales. Afirmó: <<La única función de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermero, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible>>. (MARRINER, 2008)

Salud: Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, mencionó muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: <<Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida>>.

Entorno: De nuevo Henderson no dio su propia definición de este término. Por el contrario, utilizó a definición del Webster'sNewCollegiateDictionary, 1961, que definía el entorno como <<el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo>>. (MARRINER, 2008)

Persona (paciente): Henderson considera que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

Necesidades: No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos de cuidado enfermero. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

7.3. Proceso atención de enfermería

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de los objetivos de forma eficiente. (ALFARO, 2005)

El proceso enfermero que consta de cinco pasos valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo. (ALFARO, 2005)

7.3.1. Características del proceso enfermero

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionado con la salud de los usuarios, lo que posibilita

la continuidad en el otorgamiento de los cuidados. (RODRÍGUEZ, 2002)

Es *sistemático* por estar conformado d cinco pasos, en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo. (ALFARO, 2005)

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 los objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo: al mismo que tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o). (RODRÍGUEZ, 2002)

Es *dinámico* porque a medida que se adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.(ALFARO, 2005)

Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de las prácticas de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.(RODRÍGUEZ, 2002)

Es *interactivo* por requerir de la interrelación humano – humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.(ALFARO, 2005)

7.3.2. Beneficios del uso del proceso enfermero

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza diversas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana. (ALFARO, 2005)

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además que favorecen en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo”, pues emplea “principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias”.(ALFARO, 2005)

Agiliza el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, adaptado las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad), reduciendo así la incidencia de ingresos hospitalarios (y acortando su duración). (ALFARO, 2005)

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. (RODRÍGUEZ, 2002)

7.3.3. Primera etapa: valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la

valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas” (ALFARO, 2005) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. (RODRÍGUEZ, 2002)

Puesto que todo el plan de cuidados se basa en los datos recogidos en esta fase, debe esforzarse por asegurarse que la información es correcta, completa y organizada de forma que le ayude a empezar a tener una primera impresión de patrón de salud o enfermedad. (ALFARO, 2005)

Son tres los pasos que se deben seguir en esta etapa: recolección de la información, validación de la información y registro de la misma.

La *recolección de la información* comienza desde el “primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro hasta que la persona sea dada de alta”, (ALFARO, 2005) por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para obtener datos que nos permite conocerlos.

Se recurrirá tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia. Las fuentes indirectas son el expediente clínico y la bibliografía relevante. (RODRÍGUEZ, 2002)

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales” (IYER, 1997)

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas “se complementan y clarifican mutuamente” (ALFARO, 2005)

La entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario. (RODRÍGUEZ, 2002)

El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. (RODRÍGUEZ, 2002)

Para efectuar el “examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación”, (KOZIER, 2005) además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

La *validación de la información* nos permite estar seguros de que los datos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas” (ALFARO, 2005)

Es de suma importancia la validación de datos porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

El *registro de la información* es el último paso de la valoración y consiste en informar y registrar que los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. (RODRÍGUEZ, 2002)

Tiene como objetivos favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería. (IYER, 1997)

7.3.4. Segunda etapa: diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, (IYER, 1997) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.

Para llevar a cabo esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales: razonamiento diagnóstico, formulación de diagnósticos u problemas interdependientes, validación y registro de los diagnósticos. (RODRÍGUEZ, 2002)

El *razonamiento diagnóstico* es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas” (ALFARO, 2005). La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones

intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.(RODRÍGUEZ, 2002)

Para la *formulación de diagnósticos* se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros. (RODRÍGUEZ, 2002)

Un diagnóstico enfermero es un “juicio clínico sobre la respuesta” (ALFARO, 2005) humana “de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales” (LUIS, 1998) y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.(RODRÍGUEZ, 2002)

La *validación* consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Durante la validación, la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que ese es lo cierto. (RODRÍGUEZ, 2002)

Una vez validados los diagnósticos de enfermería, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los *registros de enfermería*; sin embargo, todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sus juicios clínicos. (RODRÍGUEZ, 2002)

7.3.5. Tercera etapa: planeación

Es la tercera etapa que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”. (IYER, 1997)

Los pasos para realizar la planeación son: establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención.

La *priorización* se establecerá según la jerarquía de la pirámide de Maslow. (RODRÍGUEZ, 2002)

Para la *elaboración de objetivos* hay que recordar que, los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” (ALFARO, 1998) al valorar el logro de resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados. (RODRÍGUEZ, 2002)

“Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, (IYER,

1997) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalando en el diagnóstico enfermero.

En la *determinación de las acciones de enfermería* se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería. (RODRÍGUEZ, 2002)

La *documentación de los planes de cuidados*, es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

7.3.6. Cuarta etapa: ejecución

Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. (IYER, 1997)

Los pasos de la ejecución son preparación, intervención y la documentación.

La *preparación* consiste en que antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe: (RODRÍGUEZ, 2002)

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de los otros profesionales de la atención sanitaria”, (IYER, 1997) haciéndose necesaria la revaloración.

2. Analizar y estar seguros de que se tienen las habilidades y conocimientos para llevar a cabo las actividades planeadas.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las *intervenciones* de enfermería independientes e interdependientes planeadas. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

La *documentación* es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. (RODRÍGUEZ, 2002)

7.3.7. Quinta etapa: evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. (RODRÍGUEZ, 2002)

La evaluación es útil para determinar el logro de objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (ALFARO, 1999), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. (RODRÍGUEZ, 2002)

7.4. Nutrición en el adulto mayor

Según las personas van realizando sus actividades diarias, sus organismos requieren de energía. La nutrición es una de las necesidades humanas básicas que suministran esta energía y mantienen la vida. (BURKE, 1998) La ciencia de la nutrición comprende el cuerpo de conocimientos científicos que gobiernan los requerimientos nutricionales de los seres humanos para su mantenimiento, crecimiento, actividad y reproducción (WILLIAMS, 1989). Una nutrición adecuada se considera la base fundamental de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades durante toda la vida.

Los alimentos proporcionan los nutrientes esenciales que requiere el organismo para sus procesos vitales. Los principales nutrientes fundamentales para cumplir años con salud son las proteínas, los carbohidratos, las grasas, los minerales, las vitaminas y el agua. (BURKE, 1998)

El proceso biológico del envejecimiento proviene de un camino individualizado, pero los cambios predecibles pueden poner a las

personas mayores en un riesgo desproporcionado de *desnutrición* o *malnutrición*. (TABLOSKI, 2010)

7.4.1. Malnutrición en el anciano

Cada vez se hace más evidente la importancia de la buena alimentación para el envejecimiento saludable. Es necesario reconocer la importancia de la desnutrición para poner en práctica estrategias adecuadas de prevención e intervención en personas de edad avanzada.

7.4.2. Epidemiología

Estudios efectuados en países desarrollados reportan una prevalencia aproximada de 15% en ancianos en la comunidad, entre 23 y 62% en pacientes hospitalizados y cerca de 85% o más en ancianos asilados. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), la prevalencia de IMC compatible con desnutrición alcanzó incluso 1.4% en los hombres y 1.1% en mujeres entre 70 y 79 años, mientras que en adultos de 80 años o más llegó hasta 4.0% en hombres y 5.2% en mujeres.

7.4.3. Consecuencias adversas de la desnutrición

La desnutrición en ancianos está relacionada con múltiples consecuencias, que incluyen: alteración en la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, repercusión en el estado cognitivo, pobre cicatrización, pobre recuperación posterior a una cirugía, incremento del riesgo de

institucionalización, mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad y reducción en la calidad de vida

7.4.4. Evaluación nutricional

Si bien se carece de una única herramienta aceptada de forma universal para el diagnóstico de desnutrición en el anciano, la más simple puede ofrecer información de utilidad. Por ejemplo, el Cuestionario Simplificado Nutricional del Apetito comprende cuatro preguntas y ha demostrado alta sensibilidad y especificidad (ambas mayores de 75%) para predecir una futura pérdida de peso del 5% en ancianos; esto permite identificar ancianos sanos que requieren asesoría para prevenir la pérdida de peso. Un abordaje detallado suele incluir una combinación de los siguientes datos: peso, medidas antropométricas, evaluación de la ingestión de alimentos, revisión farmacológica y parámetros bioquímicos.

➤ Peso corporal

La pérdida de peso reciente es un marcador muy sensible del estado de nutrición de un individuo. La pérdida de peso mayor de 5% en un mes o 10% en seis meses antes de una hospitalización ha mostrado asociación con mayor estancia hospitalaria y tiempo de rehabilitación. Cuando 20% del peso habitual se ha perdido en seis meses o menos, ocurre una severa disfunción fisiológica. Un IMC menor de 22 kg/m² sugiere desnutrición, lo que es mucho más probable cuando es menor a 18.5 kg/m², aún con estabilidad en el peso.

➤ **Antropometría**

La medición de la circunferencia de la parte media del brazo con una cinta métrica también se reconoce como un marcador indirecto de los depósitos proteínicos corporales. Una definición ampliamente utilizada de malnutrición es un índice de masa corporal menor de 20 kg/m² y una circunferencia de la parte media del brazo menor de la percentila 15.

➤ **Proteínas plasmáticas**

Aunque las propuestas como: marcadores nutricionales y las proteínas plasmáticas se han considerado más como marcadores del estado de salud en general del paciente, que como un verdadero marcador nutricional (por ejemplo, se ha observado un incremento en la mortalidad hospitalaria con hipoalbuminemia después de una cirugía cardiovascular). Conocer la vida media de las proteínas plasmáticas permite deducir el tiempo de evolución del estado de nutrición actual; por ejemplo, la albúmina, con una vida media larga, es un mal marcador para desnutrición aguda; la transferrina, en cambio, se asocia con un estado temprano de desnutrición

PROTEINA	VIDA MEDIA
Albumina	18 días
Pre albumina	2 – 3 días
Ferritina	30 horas

➤ **Medidas directas de la función corporal**

La función músculo-esquelética puede ser rápidamente afectada por la desnutrición, por lo que puede utilizarse como marcador del grado y repercusión de esta afección.

➤ **Sistemas clínicos de puntuación**

Aún cuando estas evaluaciones no son perfectas, siguen siendo la mejor herramienta disponible para evaluar el estado nutricional, porque existe correlación clínica entre algunas herramientas de escrutinio y técnicas más complejas que evalúan la función y composición corporal.

EXAMEN MÍNIMO NUTRICIONAL

Incluye la evaluación de la salud del paciente, movilidad, dieta, antropometría y autoevaluación subjetiva (Figura 1). Existen estudios que han determinado que esta herramienta es tan exacta como una evaluación nutricional efectuada por un médico, combinada con marcadores bioquímicos. Algunos autores han insistido en la importancia de adaptar las medidas antropométricas a los puntos de corte de diferentes poblaciones, lo que ha mejorado la capacidad predictiva de desnutrición del examen mínimo nutricional

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	PUN TOS	EVALUACIÓN DIETÉTICA	PUN TOS
1. Índice de masa corporal a. < 19 = 0 puntos b. 19 a < 21 = 1 punto c. 21 a < 23 = 2 puntos d. ≥ 23 = 3 puntos		11. ¿Cuántas comidas hace al día? a. Una comida = 0 puntos b. Dos comidas = 1 punto c. Tres comidas = 2 puntos	
2. Circunferencia medio braquial (cm)		12. Seleccione los marcadores de consumo de	

<p>a. < 21 = 0.0 puntos b. 21 ≤ 22 = 0.5 puntos c. > 22 = 1.0 puntos</p> <p>3. Circunferencia de pantorrilla (cm) a. < 31 = 0 puntos b. ≥ 31 = 1 punto</p>		<p>proteínas Al menos una porción de productos (leche, queso, yogurt) por día Sí ____ No ____ Dos o más raciones de leguminosas o huevo por semana Sí ____ No ____ Carne roja, pollo o pescado diariamente Sí ____ No ____</p> <p>a. 0 a 1 Sí = 0.0 puntos b. 2 Sí = 0.5 puntos c. 3 Sí = 1.0</p>	
<p>4. Pérdida ponderal en los últimos tres meses a. Pérdida de peso > 3 Kg = 0 puntos b. No lo sabe = 1 punto c. Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg = 2 puntos d. Sin pérdida de peso = 3 puntos</p>		<p>13.- ¿Consumes dos o más raciones de fruta o verdura al día? a. No = 0 puntos b. Sí = 1 punto</p>	
<p>EVALUACION GENERAL</p> <p>5. Vive en la comunidad (no en alguna institución) a. No = 0 puntos b. Sí = 1 punto</p>		<p>14. ¿Ha disminuido el consumo de alimentos en los últimos tres meses por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para deglutir o masticar? a. Pérdida de apetito severa = 0 puntos b. Moderada pérdida de apetito = 1 punto c. No hay pérdida de apetito = 2 puntos</p>	
<p>6. Toma más de tres medicamentos al día a. Sí = 0 puntos</p>		<p>15. ¿Cuántos vasos de líquido (agua, jugo, café, té, leche...) consume</p>	

<p>b. No = 1 punto</p>		<p>diariamente? (un vaso = 8 onzas a. < de 3 vasos= 0.0 puntos b. De 3 a 5 vasos = 0.5 puntos c. > de 5 vasos = 1.0 puntos</p>	
<p>7. Ha sufrido algún estrés fisiológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses a. Sí = 0 puntos b. No = 1 punto</p>		<p>16. Modo de alimentación a. Incapaz de alimentarse sin asistencia = 0 puntos b. Se alimenta por sí mismo con algo de dificultad = 1 punto c. Se alimenta solo sin dificultades = 2 puntos</p>	
<p>8. Movilidad a. Confinado a cama o sillón = 0 puntos b. Puede salir de la cama / silla pero no puede caminar = 1 punto c. Camina = 2 puntos</p>		<p>AUTO EVALUACIÓN 17. ¿Considera que tiene algún problema nutricional? a. Desnutrición severa = 0 puntos b. Desnutrición moderada o no lo sabe = 1 punto c. Ningún problema nutricional = 2 puntos</p>	
<p>9. Problemas neuropsiquiátricos a. Demencia severa o Depresión = 0 puntos b. Demencia leve = 1 punto c. Ningún problema psiquiátrico = 2 puntos 10. Úlceras de decúbito a. Si = 0 puntos b. No = 1 punto</p>		<p>18. En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera su estado de salud? a. No tan bueno = 0.0 puntos b. No lo sabe = 0.5 puntos c. Igual de bueno = 1.0 puntos d. Mejor = 2.0 puntos</p>	

Puntuación total (máximo 30 puntos):

ESCALA DE INTERPRETACIÓN

≥ 24 puntos Buen
estado de
nutrición

17 a 23.5 puntos
Riesgo de
desnutrición

< 17 puntos
Desnutrición

7.4.5. Requerimientos nutricionales de los adultos mayores

Las necesidades nutricionales y el estado de nutrición de los adultos mayores se hace cada vez más importante, no sólo por el aumento sin precedentes del número de personas mayores dentro de la población, sino también por el alto coste de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. (BURKE, 1998)

La persona mayor tiene algunas necesidades nutricionales únicas debido a los cambios físicos y funcionales que suceden con el envejecimiento. Mientras que muchas personas mayores sufren una reducción en el nivel de actividad física y tienen menos necesidades calóricas, no hay una mayor necesidad de vitaminas y minerales con la edad. El seguir una dieta bien equilibrada consumiendo menos caloría en general puede ser un desafío para muchas personas mayores. (TABLOSKI, 2010)

7.4.6. Generalidades sobre los nutrientes básicos

PROTEÍNAS

Las proteínas son nutrientes fundamentales para el crecimiento y reparación tisular. Un alimento que contenga una cantidad adecuada de aminoácidos esenciales es clasificado como proteína completa de alto valor biológico. Las proteínas animales como huevo, leche y productos lácteos, carnes pollo y pescado, entran en esta categoría.

Muchos adultos mayores pueden realizar una inadecuada ingesta de proteínas; deberá prestarse una atención especial y

recomendarles que coman alimentos que sean buenas fuentes de proteínas.

El National Research Council (1989) sigue recomendando la misma cifra de proteínas para adultos mayores que para jóvenes 0.8 g/kg de peso corporal. (BURKE, 1998)

CARBOHIDRATOS

Existen indicaciones de que la absorción de carbohidratos puede estar ligeramente disminuida en los adultos mayores (Ausman y Russell, 1990). Los carbohidratos de la dieta deben ser principalmente complejos, con pocos azúcares simples. Cuatro o más raciones de frutas y verduras, frescas o cocinadas, incorporadas a la dieta, cubrirían los porcentajes del estándar recomendado.

Los alimentos carbohidratos complejos, ricos en fibras, deben suponer al menos el 55% de las calorías totales ingeridas. (BURKE, 1998)

LÍPIDOS

Los lípidos incluyen las grasas y los aceites. Las pautas recomiendan que la grasa de la dieta no deba superar el 30% de la ingesta calórica total, sin que la ingesta diaria de colesterol supere los 300 mg. Las pautas dietéticas saludables también sugieren limitar la ingesta de grasas saturadas a no más del 10% de la ingesta de grasa total (TABLOSKI, 2010)

CALCIO

Es necesario en la dieta para mantener la densidad mineral ósea y los niveles plasmáticos de calcio. La mayoría de las reservas corporales del calcio están en los huesos y en los dientes. La ingesta adecuada para el calcio en los adultos mayores se eleva a 1.200 mg en comparación con los 1.000mg para los adultos joven y maduro. (TABLOSKI, 2010)

VITAMINAS

Las vitaminas son nutrientes esenciales que realizan funciones metabólicas especiales. La mayoría de las vitaminas no son producidas por el organismo y deben obtenerse de fuentes dietéticas. Son necesarias en pequeñas cantidades para distintas funciones fisiológicas, incluida la regulación del metabolismo y su función como catalizadores.(BURKE, 1998)

- VITAMINA D: La vitamina D es necesaria por su papel en la manutención de la mineralización ósea y los niveles adecuados de calcio en el suero. Unos niveles inadecuados de vitamina D pueden dar lugar a una mala mineralización ósea, raquitismo y osteomalacia. La corrección de la deficiencia de vitamina D es un componente en la reducción del riesgo de caídas en la persona mayor. La ingesta adecuada de vitamina D se triplica a los 71 años con respecto al adulto joven. Los adultos de más de 70 años necesitan 600 UI de vitamina D comparados con las 200 UI de los adultos d 50 años o menos. Para los adultos entre 51 y 70 años es de 400 UI (Institute of Medicine, 1997). Sin una exposición

adecuada a la sol, una fuente importante de vitamina D, algunos expertos recomiendan 1000 UI/ día de vitamina para mantener unos niveles plasmáticos adecuados.(TABLOSKI, 2010)

AGUA

El agua actúa como medio del metabolismo celular; proporciona estructura y forma al dar turgencia a los tejidos, y ayuda a mantener la temperatura corporal. El agua proporciona el medio acuoso necesario para que se produzcan muchos procesos físicos y químicos. Facilita la excreción d los desechos orgánicos y es ell medio de transporte de los nutrientes. (BURKE, 1998)

Las recomendaciones totales diarias de agua para los adultos mayores, incluyendo el agua de todas las comidas y bebidas, es de 3,71 y 2,71 para los hombres y para las mujeres respectivamente (Institute of Medicine, 2004). Esto incluye la recomendación de que el agua total diaria sólo de las bebidas alcance los 13 vasos en los hombres y 9 vasos en las mujeres. (TABLOSKI, 2010)

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1. Caso clínico

Se trata de usuaria femenina que atiende a las iniciales MCG de 73 años de edad, fecha de nacimiento del 23 de agosto de 194; con un peso de 36 kg y una altura de 1.50 metros, originaria y residente de Zamora, Michoacán, escolaridad primaria completa. Fuente de información: Paciente y familiares. Fiabilidad: 4.

Con diagnóstico actual de desnutrición proteico calórica.

A la observación se encuentra en posición semifowler, hace uso de la andadera y silla de ruedas para deambular. Consciente, alerta y facies de tranquilidad. Su complexión es delgada. Atrofia muscular por desacondicionamiento. Distribución uniforme del cabello. Piel de tez morena con moderada sequedad y palidez. Presenta edema palpebral, atrofia ocular y parálisis facial izquierda. A la exploración física: cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular audible, llenado capilar distal de 3 a 4 segundos, abdomen blando y depresible, sin presencia de hepato y adenomegalias. Deshidratación de piel, peso bajo y extremidades sin edema.

A la entrevista, la paciente refiere haber nacido en Zamora, Michoacán. Reside actualmente en la colonia "Arboledas", estado civil viuda. Vive con su hijo, nuera y dos nietos, desde hace ya 10 años. Cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios, hacinamiento y zoonosis negativa.

Antecedentes heredo familiares: madre finada por infarto.

Antecedentes personales no patológicos: Estado civil viuda; de religión católica, intolerancia a la actividad por atrofia muscular. Escolaridad: primaria completa. Deficiente alimentación.

Antecedentes personales patológicos: niega patologías durante su infancia. En el año 2000 presenta un evento vascular cerebral, dejando secuelas de parálisis facial izquierda. En el 2010 manifiesta un estado de anemia macrocítica compatible con deficiencia de complejo B. Toxicomanías negativas. Niega transfusiones sanguíneas. Alérgica a la penicilina.

8.2. Valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Sus signos vitales indican una tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 77 latidos por minuto. Su temperatura corporal es de 36.5°C, toma axilar. Presenta ligera palidez de tegumentos. No presenta cianosis peribucal ni acrocianosis. Vías aéreas permeables sin dificultad para respirar. Llenado capilar de 3 a 4 segundos. Se encuentra en su habitación, con una adecuada ventilación, en una silla, en posición semifowler. Está orientada en tiempo, espacio y persona.

No refiere dolor asociado con la respiración, niega toxicomanías. Menciona que durante su infancia y adolescencia cocinó con leña. No presenta infecciones respiratorias frecuentes. No realiza actividad física por su limitación para deambular. Comenta que cuando está ansiosa, molesta o estresada por alguna situación en particular, su respiración no se altera.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Pesa 36 kilogramos y tiene una talla de 1.50 metros. Su índice de masa corporal es de 16 kg/m² que representa un peso muy insuficiente. Realiza 3 comidas diarias, de poca cantidad, ya que refiere que no le da hambre. Incluye dentro de su alimentación huevo 4/7, carne 3/7, leche 5/7, tortilla 6/7, frijol 5/7, pan 4/7, frutas 5/7, verduras 4/7. No realiza colaciones entre comidas. Evita

alimentos grasosos e irritantes y comer en grandes porciones porque le genera malestar, sus comidas favoritas son las que incluyen frutas y verduras. Niega ser alérgica a algún alimento. Ingiere alrededor de un litro de agua.

No presenta problemas para masticar ni deglutir ya que tiene la mayoría de las piezas dentales. Su piel se encuentra con leve deshidratación y sequedad. Llenado capilar de 3 a 4 segundos, abdomen blando sin presencia de masa fecal, sin dolor a la palpación, con peristalsis presente. Uñas cortas y limpias. Cabello limpio y de buena cantidad. No presenta heridas y refiere “cuando me corto o tengo alguna herida, se curan rápido”. No realiza actividad física.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Micciones 3 veces al día, color amarillo claro, sin dificultad para mocionar. Evacuaciones 1 vez cada tercer día, sin dolor, color café y consistencia dura. Refiere padecer de estreñimiento. Niega el uso de laxantes cuando presenta estreñimiento. No pospone el momento en que tiene necesidad de miccionar o defecar.

Refiere que dejó de menstruar alrededor de los 42 años, presentando síntomas propios de la menopausia. Niega infecciones en vías urinarias en la infancia y actualidad. A la palpación abdominal se encuentra abdomen globoso, no doloroso a la palpación, con disminución de la peristalsis. No presenta edema en extremidades inferiores. Sus emociones no intervienen en los patrones de eliminación.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Se mantiene en un sillón o en la cama la mayor parte del día. Limitación para deambular debido a la atrofia muscular por desacondicionamiento. Utiliza la silla de ruedas o andadera como dispositivo de ayuda para desplazarse.

No realiza actividad física por su estado de salud. Con limitación para tomar distintas posturas.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Se encuentra alerta, no presenta bostezos ni ojeras. Responde a estímulos.

Duerme alrededor de 10 a 11 horas, y descansa todo el día ya que no tiene actividades por realizar. Ya está en cama a las 7 pm y se levanta a las 7 am. Refiere sentirse aburrída y con fatiga. Niega presentar problemas para conciliar el sueño.

6. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR

Viste de acuerdo a su edad, su ropa se encuentra limpia, en buen estado y completa. Su estado de ánimo no influye en la selección de su vestuario. Cuando se encuentra enferma pasa todo el día en pijama. Requiere ayuda para elegir su vestuario, así como para vestirse y desvestirse.

Realiza cambio de ropa cada tercer día. Siempre viste con ropa muy abrigada.

7. TERMORREGULACIÓN

Su temperatura corporal axilar es de 36.5 °C, encontrándose normo térmica; no tiene datos de hipertermia ni hipotermia. No se encuentra diaforética. Su piel se siente cálida al tacto.

Menciona tener una alta sensibilidad al frío, se protege de los cambios bruscos de temperatura. Manifiesta que se acopla fácil a los cambios de temperatura. Le es más agradable el clima cálido. Su habitación se encuentra bien ventilada.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Apariencia limpia y sin mal olor. No presenta bromhidrosis. Cabello limpio y sin caspa. No presenta heridas visibles en su cuerpo. Lavado bucal una vez al día, piezas dentales deteriorados. Las uñas de los dedos se observan cortas y limpias. Las uñas de sus pies son largas y amarillentas, y sus plantas con callosidades. La piel presenta ligera sequedad e hidratación.

Realiza lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. Realiza baño unavez a la semana con ayuda de su nuera. Su hora preferida de baño es por la tarde cuando hay sol. Usa shampoo, crema, desodorante y algunos otros artículos de higiene personal.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Esquema de vacunación completo. Agudeza visual disminuida. Presenta hipoacusia. Muestra interés en las medidas terapéuticas que propone el médico. Tiene limitaciones para la deambulaci3n.

Menciona ser alérgica a la penicilina. Nunca fumó ni consumió alcohol. Se siente impotente ante su discapacidad para deambular. Niega fauna nociva en su hogar. Su hijo la acompa1a a cada consulta médica. Ella misma se encarga de su tratamiento y su salud.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado civil viuda. Habla claro pero lento. Vive con su hijo, nuera y dos nietos con quienes cruza pocas palabras. La mayor parte del día la pasa sola en su habitaci3n. Menciona sentirse con deseos de morir para que así descansen sus hijos y no tener que ser una carga para ellos. El rol que desempe1a es de mujer y abuela. El segundo de sus hijos es quien se encarga de llevarla a las citas médicas y la visita una o dos veces al mes. No siempre comunica sus molestias. Con su hijo menor pasa los fines de semana. Su familia la visita ocasionalmente.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Es de religi3n cat3lica, en su habitaci3n tiene varias figuras religiosas. Su principal valor personal es el amor a su familia. Tiene poca comunicaci3n con su familia.

Refiere que cuando podía valerse por sí misma formaba parte de grupos religiosos con quienes pasaba la mayor parte del día y el

ahora no poder ni ir a misa le causa tristeza. Menciona pedirle a Dios que ya la “recoja” para ya no ser una carga para su familia. Le gusta mucho rezar y pedir por toda su familia.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Actualmente no trabaja, pero cuenta que toda su juventud trabajó vendiendo mercancía por catálogos. Menciona tener deseos de hacer algo útil y ayudar a su familia, pero se ve imposibilitada por su estado de salud. Sus gastos económicos (alimentación, vivienda, vestido) son solventados por sus hijos.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Las únicas actividades que realiza es ver televisión y rezar. No participa ni forma parte de algún grupo. Menciona que le gustaría hacer más actividades para tener en algo en que entretenerse.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Muestra interés sobre temas relacionados con su salud. Sabe leer aunque se le dificulta por la disminución visual, sabe escribir y contar. Tiene buena memoria reciente y le cuesta trabajo recordar hechos remotos.

Su grado de escolaridad es hasta primaria; comenta que no le fue posible continuar estudiando por las dificultades económicas, ya que tuvo que empezar a trabajar.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACION	DATOS SIGNIFICATIVOS	CONDICION
1. Oxigenación	Nutrición e hidratación	IMC: 16Kg/m ² , alimentación pobre en cantidad, ingiere poca cantidad de agua, piel deshidratada y reseca.	Dependiente
2. Nutrición e hidratación	Eliminación	Padece estreñimiento, disminución de peristalsis.	Parcialmente dependiente
3. Eliminación	Moverse y mantener buena postura	Limitación para deambular, no realiza actividad física.	Dependiente
4. Moverse y mantener buena postura	Higiene y protección de la piel	Mala higiene bucal, baño una vez a la semana, piel seca y deshidratada.	Dependiente
5. Descanso y sueño	Evitar peligros	Limitaciones para deambular	Dependiente
6. Uso de prendas de vestir adecuadas	Comunicarse	La mayor parte del día la pasa sola en su habitación. Menciona sentirse con deseos de morir para que así descansen sus hijos y no tener que ser una carga para ellos.	Dependiente
7. Termorregulación	Vivir según sus	Le causa tristeza	Dependiente

ón	creencias	no asistir a misa.	
8. Higiene y protección de la piel	Jugar y participar en actividades recreativas	Menciona que le gustaría hacer actividades para tener en que entretenerse.	Parcialmente dependiente
9. Evitar peligros	Uso de prendas de vestir adecuadas	Requiere ayuda para elegir su vestuario, así como para vestirse y desvestirse	Dependiente
10. Comunicarse	Descanso y sueño	Descansa todo el día ya que no tiene actividades por realizar	Dependiente
11. Vivir según sus creencias			
12. Trabajar y realizarse			
13. Jugar y participar en actividades recreativas			
14. Aprendizaje			

8.3 PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: NUTRICIÓN

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (0002) relacionado con factores psicológicos manifestado por peso corporal inferior en un 20% al peso idea y aversión a comer. DOMINIO 2: Nutrición. CLASE 1: Ingestión. (NANDA 2009-2011:75)

GRADO DE DEPENDENCIA: Dependiente

OBJETIVO GENERAL: Incrementar la ingesta nutricional de la usuaria para mejorar la nutrición

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ La paciente creará conciencia posterior a la elaboración de su historial nutricional en un lapso de 3 días.
- ✓ La paciente establecerá metas a cumplir posterior a su elaboración en un lapso de 5 días.
- ✓ La paciente mejorará sus conocimientos posterior a expresión de dudas en un lapso de 1 semana

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Determinar su historia dietética	Una historia dietética incluye datos respecto a	La paciente comento que

	<p>los patrones habituales de comida y hábitos alimentarios; preferencias alimentarias, alergias e intolerancias; frecuencia, tipos y cantidades de alimentos consumidos; y los factores sociales, económicos, étnicos o religiosos que influyen en la nutrición. (Feldman, 1990: 68)</p>	<p>anteriormente no podía comer cualquier alimento porque creía que no lo necesitaba, tenía muy poco apetito o pensaba que le haría daño, además que no conocía que alimentos eran los adecuados para ella.</p>
<p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional</p>	<p>Establecer metas proporciona motivación, lo cual es fundamental para un programa de mejoramiento en la nutrición.(KOZIER, 2005: 1334)</p>	<p>Posterior a las intervenciones fue conociendo la alimentación que debe llevar según sus necesidades y</p>
<p>Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la</p>	<p>Se han publicado diversas guías de alimentación diaria para ayudar a las personas a cumplir los requisitos diarios de</p>	<p>estilo de vida, acoplándose sin problemas a su nueva vida alimentaria.</p>

<p>conveniencia de la ingesta dietética.</p>	<p>nutrientes esenciales y facilitar la planificación de su alimentación. (KOZIER, 2005: 1334)</p>	<p>Se instruyó también a la familia quien se mostraba atenta a cada</p>
<p>Analizar los conocimientos sobre los 4 grupos básicos de alimento</p>	<p>Ayuda a determinar los conocimientos e identificar conceptos equívocos. (KOZIER, 2005: 13)</p>	<p>intervención realizada.</p>
<p>Garantizar la ingestión adecuada de calcio</p>	<p>El calcio disminuye la pérdida ósea. La leche, el queso, el yogur, las sopas en crema, las natillas y los congelados de leche son buenas fuentes. (CERVERA, 2004: 39)</p>	<p>Se instruyó también a la familia quien se mostraba atenta a cada intervención realizada.</p>
<p>Garantizar la ingestión adecuada de vitamina D</p>	<p>La vitamina D es esencial para mantener la homeostasis del calcio. Incluir algo de leche, porque los demás productos lácteos no suelen reforzarse con vitamina D. (FELDMAN, 1990: 373)</p>	

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Consumir alimentos ricos en fibra	El consumo de fibra previene el estreñimiento y reduce el uso de laxantes. Como los alimentos ricos en fibra proporcionan masa y sensación de plenitud, ayudan a las personas a controlar el apetito y perder peso. (CERVERA, 2004: 64)	Cabe mencionar que se adiciono en su dieta una lata diaria de prosure, que fue de vital importancia para aumentar el peso de la paciente.
Crear un ambiente placentero durante la comida	El temor al éxito, al fracaso u otras preocupaciones, pueden bloquear la consecución del objetivo (KOZIER, 2005: 1334)	

Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados (nutriólogo	La valoración exhaustiva de la nutrición suele ser realizada por un nutricionista, un dietista y el médico. (FELDMAN, 1990: 63)	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: HIDRATACION

Déficit de volumen de líquidos (00027) relacionado fracaso de los mecanismos reguladores manifestado por sequedad de las membranas mucosas y sequedad de la piel. DOMINIO 2: Nutrición. CLASE 5: Hidratación. (NANDA 2009-2011:84)

GRADO DE DEPENDENCIA: Parcialmente dependiente

OBJETIVO GENERAL: Aumentar el volumen de líquidos de la usuaria para mejorar la hidratación de piel y mucosas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ La paciente mejorará su estado de hidratación posterior a incremento de líquidos en un lapso de semana.
- ✓ La paciente incrementará la ingesta hídrica posterior a asesoramiento en un lapso de 1 semana.

INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Pesar a diario y controlar la evolución	El peso ayuda a valorar el equilibrio hídrico de un paciente. (KOZIER, 2004: 1535)	MCG aumento la ingestión de líquidos por vía oral, los signos vitales se
Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación	Los registros exactos son fundamentales para valorar el equilibrio hídrico	reportaron estables, y el registro del

<p>Vigilar el estado de hidratación</p>	<p>del paciente. (KOZIER, 2004: 1535)</p> <p>La exploración física para evaluar el estado hidroelectrolítico de un paciente se centra en la piel, la cavidad bucal y las mucosas. (KOZIER, 2013: 1471)</p>	<p>control de líquidos mostraba balances positivos. Al valorar la piel y mucosas estas se encontraban hidratadas.</p>
<p>Controlar los signos vitales</p>	<p>Los cambios en los signos vitales pueden indicar, o en algunos casos preceder a, desequilibrios hídricos, electrolíticos y ácido básicos. (KOZIER, 2013: 1472)</p>	
<p>Favorecer la ingesta oral</p>	<p>El aumento de líquido compensa el volumen perdido, estableciendo un plan de 24 h para aportar líquidos necesarios respetando las preferencias del paciente. (CERVERA, 2004: 49)</p>	

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: NUTRICION E HIDRATACION

Estreñimiento (00011) relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por heces duras, secas y formadas. DOMINIO 3: Eliminación e intercambio. CLASE 2: Función gastrointestinal. (NANDA 2009-2011:102)

GRADO DE DEPENDENCIA: Parcialmente dependiente

OBJETIVO GENERAL: Disminuir el estreñimiento mediante intervenciones de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ La paciente incrementará la ingesta de fibra posterior a asesoramiento en un lapso de una semana.
- ✓ MCG mejorará el patrón de eliminación posterior a realizar actividad física en un lapso de 5 días.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Aumentar la ingestión de líquidos.	Es necesario un aporte suficiente de líquidos para que el intestino absorba la cantidad necesaria de líquido para conseguir la consistencia adecuada de	Gracias a la alimentación rica en fibra y la actividad física de acuerdo a sus condiciones

<p>Enseñar a seguir una dieta rica en fibra.</p> <p>Informar acerca de los beneficios sobre la salud y los efectos fisiológicos de la actividad.</p>	<p>las heces. (CERVERA, 2004: 49)</p> <p>Son necesarios suficientes residuos (fibra, celulosa) en la dieta para proporcionar volumen fecal. Las dietas blandas y las dietas pobres en fibra contienen pocos residuos y, por tanto, crean insuficientes residuos de productos de desecho para estimular el reflejo de la defecación.</p> <p>La fibra absorbe agua, que añade volumen y ablanda las heces, y acelera el tránsito intestinal. (CERVERA, 2004: 64)</p> <p>La actividad influye en la eliminación intestinal mejorando el tono muscular y estimulando el peristaltismo.(KOZIER, 2004: 1368)</p>	<p>que llevo a cabo la usuaria, refirió haber mejorado el patrón de eliminación, con lo cual se sentía más cómoda.</p>
--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Deterioro de la ambulaci3n (00088) relacionado con deterioro muscular manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas. DOMINIO 4: Actividad / reposo. CLASE 2: Actividad / ejercicio. (NANDA 2009-2011:121)

GRADO DE DEPENDENCIA: Dependiente

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la limitaci3n del movimiento por medio de ejercicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ La paciente mejorará su ambulaci3n posterior a realizar ejercicios en un lapso de 3 semanas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y a largo plazo en funci3n de nivel de forma f3sica y estilo de vida actuales.	Establecer metas proporciona motivaci3n, lo cual es fundamental para un proceso de cambio (KOZIER, 2005: 1334)	La paciente al inicio mostraba temor a las actividades propuestas ya que mencionaba que no se sentía la fuerza

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Proporcionar información sobre los cambios en la estructura muscular esquelética relacionados con el envejecimiento en la estructura neuromusculo-esquelética y los efectos de la falta de uso.</p> <p>Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</p> <p>Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio</p>	<p>El deterioro fisiológico normal y la presencia de enfermedades, disminuye progresivamente la capacidad funcional, para dar paso a la "dishabilidad funcional".</p> <p>Incluir a la familia y amigos a las actividades motivará a la paciente en el cumplimiento de sus objetivos. (SÁNCHEZ, 2006: 198)</p> <p>El ejercicio produce una sensación de bienestar y aumenta la tolerancia al estrés. También puede aumentar la autoestima</p>	<p>necesaria para realizar los ejercicios; pero conforme los familiares se involucraban a las actividades, ella se animaba más a participar. Logrando así el cumplimiento de nuestros objetivos.</p> <p>La familia refería sentirse contentos con su participación y al ver como poco a poco avanzaba la paciente.</p>

	al aminorar la depresión y mejorar la imagen corporal, aumenta el grado de energía y favorece el sueño. (KOZIER, 2013: 1129)	
--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Déficit de autocuidado: baño (00108) relacionado con deterioro muscular manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño. DOMINIO 4: Actividad / reposo. CLASE 5: Autocuidado. (NANDA 2009-2011:152)

GRADO DE DEPENDENCIA: Dependiente

OBJETIVO GENERAL: Aumentar el autocuidado para evitar posibles enfermedades asociadas la falta de higiene.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ El paciente limitará la manifestación de enfermedades posterior a aseo corporal en un lapso de 1 semana.

INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.	La valoración de la capacidad autónoma del paciente determina el grado de atención de enfermería y el tipo de baño. (KOZIER, 2013: 773)	MCG se mostraba atenta e interesada en la información que se le proporcionaba.
Proporcionar un	El baño aporta una	En relación con el baño, se

<p>ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p> <p>Facilitar que la paciente se bañe sola con mínima intervención de ayuda.</p> <p>Vigilancia continua de la integridad cutánea de la paciente.</p> <p>Mantener la piel limpia y seca</p>	<p>sensación de bienestar. Refresca y relaja, y suele mejorar el ánimo, el aspecto y la autoestima. (KOZIER, 2005: 768)</p> <p>Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias. (KOZIER, 2005)</p> <p>Cuando el profesional de enfermería ayuda al baño y a otras medidas de higiene, suele tener la oportunidad de recoger datos sobre el color de la piel, textura, turgencia, temperatura, integridad y lesiones. (KOZIER, 2013: 774)</p> <p>La presencia de sudor, humedad y sequedad excesiva causan la</p>	<p>asistió durante algunos días al baño en regadera, posteriormente se orientó a su nuera para que ella le auxiliara. La piel ahora se encontraba limpia y seca, y con la aplicación de cremas se evitó al máximo la resequeadad y deshidratación</p>
---	--	---

	irrigación y la maceración de la piel, disminuyendo la tolerancia tisular y haciendo a la piel más vulnerable a las lesiones. (KOZIER, 2013: 756)	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: COMUNICARSE

Aflicción crónica (00137) relacionada con crisis en el manejo de la discapacidad manifestado por expresar sentimientos de tristeza y negativos. DOMINIO 9: Afrontamiento / -tolerancia al estrés. CLASE 5: Respuestas de afrontamiento. (NANDA 2009-2011:240)

GRADO DE DEPENDENCIA: Dependiente

OBJETIVO GENERAL: Aumentar la autoestima de la usuaria para que acepte su discapacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ La paciente disminuirá sus sentimientos de tristeza posterior al mejoramiento de la autoestima posterior a 5 días.

INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Crear una atmosfera que facilite la confianza	La confianza es un primer paso esencial en la relación terapéutica.(KOZIER; 2013: 1032)	La usuaria al inicio se mostraba muy cerrada en la expresión de sentimientos,
Favorecer la verbalización de sentimientos,	El análisis abierto, no amenazante, facilita la identificación de factores causales y	pero día tras día se logro recabar

<p>percepciones y temores</p> <p>Explorar con el paciente qué desencadenado las emociones.</p> <p>Animar a identificar sus propias virtudes y capacidades</p>	<p>favorecedores. (KOZIER; 2005: 1124)</p> <p>Para que un paciente sepa afrontar mejor su situación actual tiene que conocer bien sus ideas y sentimientos, y debe saber compartir algunos de ellos con el profesional de enfermería. (KOZIER; 2013: 1032)</p> <p>Ayuda a la paciente a desarrollar estrategias apropiadas para el afrontamiento, basados en sus puntos fuertes y experiencias anteriores. Mejora el autoconcepto y el sentimiento de capacidad para controlar el estrés. (KOZIER; 2005: 1124)</p>	<p>información, conociendo así un poco más la situación emocional y sentimental de MCG.</p> <p>Al final de cada día se realizaba una pequeña síntesis para que ella se diera cuenta de sus verdaderos sentimientos y el potencial que tiene para seguir adelante.</p>
---	--	---

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<p>Identificar el grado de apoyo familiar</p>	<p>Valorar la interacción familiar sirve de base para identificar los sistemas de apoyo o la carencia de los mismos (KOZIER; 2005: 1124)</p>	<p>Se observó que la familia se mostraba participativa y Valorar la interacción familiar sirve de base para identificar los atenta a las necesidades de MCG</p>

9. PLAN DE ALTA

El día 15 de Agosto se da por concluido la realización de los cuidados de enfermería a la usuaria MCG con alteraciones en el estado de nutrición. Obteniendo los siguientes resultados:

- ◆ Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (0002) relacionado con factores psicológicos manifestado por peso corporal inferior en un 20% al peso idea y aversión a comer.

MCG y sus cuidadores conocen ahora la correcta definición de nutrición y la alimentación que debe llevar la usuaria de acuerdo a sus necesidades. Gracias a la orientación que se les proporcionó a los cuidadores, MCG lleva ahora una dieta adecuada en calidad y cantidad, con lo que ha logrado mejorar su peso poco a poco pero significativamente.

Al verificar su peso semanalmente, se observa que incremento 0.5 kg. Ganando así 4 kg durante dos meses trabajados.

Al realizar el mini nutritionalassessment antes de iniciar con las intervenciones de enfermería, la evaluación nos arrojaba un puntaje de menos de 17 puntos lo que nos refiere desnutrición. Se realizo este mismo cuestionario después de las intervenciones, que nos mostraba un puntaje de 17.5 puntos que refiere que hay riesgo de desnutrición; comprobándose así el avance que tuvo mi paciente en el area de nutrición.

Se recomendó continuar con una alimentación balanceada y asistir a consultas con el departamento de nutrición, así como incluir en su dieta suplementos alimenticios como el prosure que es una fórmula polimérica hipocalórica.

- ◆ Déficit de volumen de líquidos (00027) relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por sequedad de las membranas mucosas y sequedad de la piel.

Se observó un mejor estado de hidratación al evaluar las mucosas y tegumentos de MCG. Se propuso aumentar la ingesta diaria de líquidos y además ayudarse de cremas o aceites corporales para mejorar la apariencia y textura de la piel.

Los familiares refieren que anteriormente solo ingería alrededor de 1 litro de agua incluido en los alimentos, y que ahora son aproximadamente 1.5 litros de agua sin incluir los alimentos diarios.

- ◆ Estreñimiento (00011) relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por heces duras, secas y formadas.

MCG comenta que este problema de estreñimiento ya no forma parte de su vida diaria, ya que logró radicarlo con el aumento en la ingesta de fibra y al realizar un poco de ejercicio físico (movimientos activos). Menciona que ahora defeca una vez al día, eliminando así distensión abdominal y malestares relacionados a esto.

- ◆ Deterioro de la ambulación (00088) relacionado con deterioro muscular manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

El iniciar a realizar movimientos activos de miembros pélvicos y torácicos le ayudo a poco a poco recuperar fuerza en su cuerpo e iniciar con la marcha. Los cuidadores ahora le dedican de su tiempo para ayudarla en la de ambulación, al inicio era solo en casa y ahora por las calles.

10. CONCLUSIONES

Al finalizar la realización de todas las intervenciones planeadas, me pude percatar que los aspectos que se requirió hacer más énfasis en la usuaria es el trabajar la autoestima y la comunicación; necesitando la participación activa de familiares, quienes poco a poco se iban mostrando interesados y participes de las necesidades de MCG. Con lo cual se evidencia que la familia juega un papel importante en la aceptación y manejo de una discapacidad o enfermedad.

En cuanto a la necesidad de nutrición, se observó una mejoría notable, ya que a paciente aunque a pequeños pasos pero significativos, iba ganando peso; y acompañado de la realización de ejercicios y actividad física de acuerdo a sus posibilidades, la usuaria adquirió una mayor fuerza y resistencia, con lo que disminuyó la limitación de movimientos.

La aplicación del proceso enfermero es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos y eficaces de acuerdo a la respuesta de la persona planeadas. Con logros significativos, involucrando los conocimientos adquiridos, se creó un ambiente de armonía el cual favoreció el estado emocional del paciente y la familia, consiguiendo el apoyo total del paciente en las actividades realizadas y proporcionando siempre un cuidado holístico de calidad y alto humanismo.

Me enorgullece realizar este tipo de cuidados y haber alcanzado mis objetivos con satisfacción en cada etapa del proceso, así como también haber creado un ambiente de confianza con el

paciente y que tanto ella como su familia hayan depositando toda su confianza en mí.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. 5° ed. España: Masson; 2005
2. Anselm. Las fuentes de la energía interior. España: SaTerra; 2007.
3. Barrera S. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. México D.F. El Manual Moderno.
4. Burke M. Enfermería Gerontológica. España: HarcourtBrace; 1998
5. Carrera, Manual de la Enfermería. España; 2005.
6. Crespo. El Historiador frente a la historia. México; 1992
7. Dillon P. Valoración clínica en enfermería. 2°ed. México: McGraw Hill; 2008
8. Feldman. Principios de Nutrición Clínica. México: Manual Moderno, 2005
9. Johnson. Técnicas en Enfermería Clínica. España: Mc Graw Hill, 2000.
10. Kerouac et. al. El pensamiento enfermero. España: Masson; 2005
11. Kozier. Fundamentos de Enfermería. 9° ed. Madrid: Pearson; 2013
12. Kozier. Fundamentos de Enfermería. España: Mc Graw Hill; 2005
13. Lineamientos para autores. Enfermería universitaria..
14. Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Mosby; 2008

15. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier-Mosby . Madrid España 2005
16. NANDA. Diagnósticos enfermeros. España: Elsevier; 2010
17. PLACES
18. Potter. Fundamentos de Enfermería. 5ªed. España: Elsevier; 2005
19. Proehl. Procedimientos en Enfermería de Urgencias. 2º ed. España: Mc Graw Hill, 2001
20. Quintin. Dietética: nutrición normal. México, 2000.
21. Robbins S. Patología humana. 3º ed. México: Interamericana, 1986
22. Rodríguez. Proceso Enfermero. 2ªed. México: Cuellas; 2002
23. Rosales S, Reyes G. Fundamentos de enfermería. 3º ed. México: Manual Moderno; 2004
24. Sampieri R. Metodología de la investigación. 3ªed. México: McGraw Hill; 2003
25. Tabloski P. Enfermería gerontológica España: Pearson; 2010
26. UNAM. El proceso de enfermería. Anología, México; 2006

12. ANEXOS

_____ Fumador:

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva o seca: _____ Estado de conciencia:

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:

Circulación del retorno venoso:

Otros:

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional:

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

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

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

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

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

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

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

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: ____ Sucio: ____ Inadecuado: ____ Otros: ____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

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

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente del hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____

Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola:

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

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

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

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

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

Objetivo

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

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

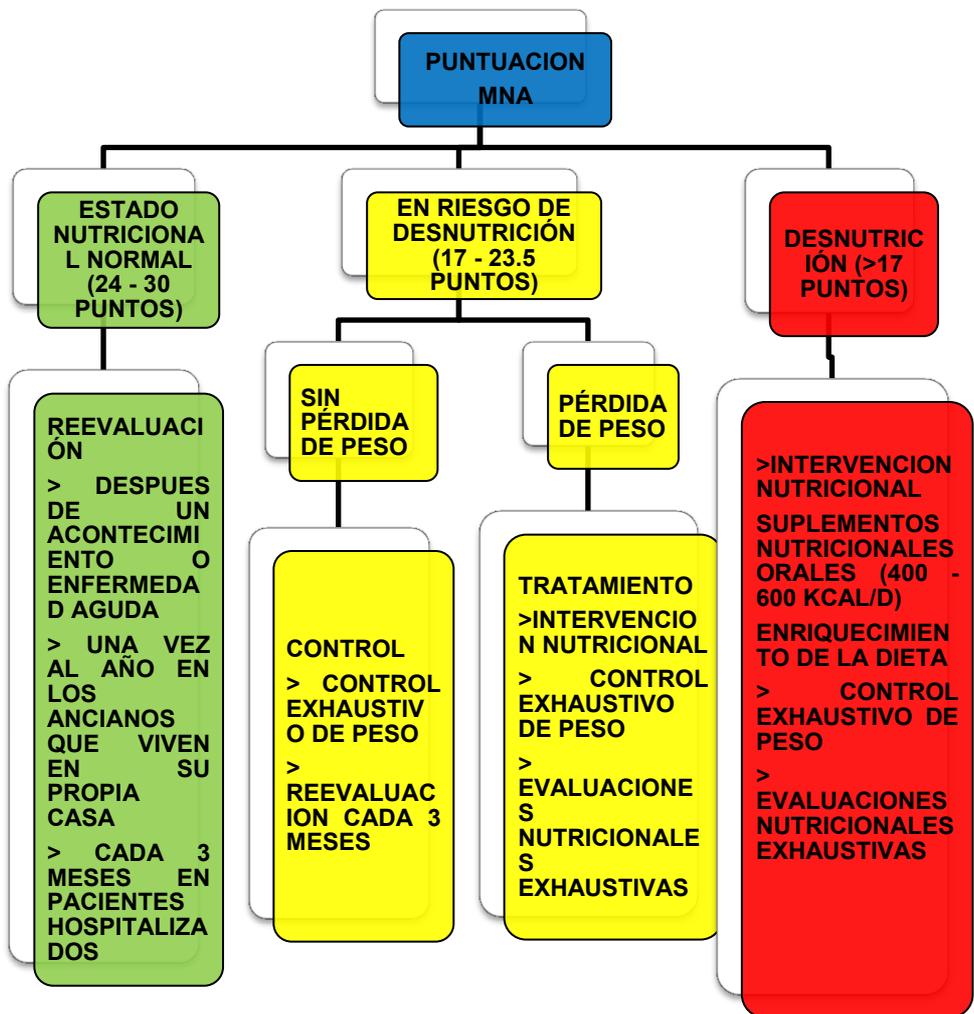
Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:



MENÚ DE LA DIETA HIPERCALÓRICA – HIPERPROTEICA:

➤ 7:00 am

100 gramos de manzana, más o menos media fruta

50 gramos de avena en hojuelas

30 gramos de crema de leche o nata

30 gramos de miel

➤ 9:00 am

Una taza de café con una cucharada y media de crema o nata y azúcar a gusto; se puede usar leche entera

Dos rebanadas de pan tostado con 10 g. de mantequilla y 30 g. de mermelada o jamón

➤ 11:00 am

Un huevo revuelto o en tortilla a la francesa, puede comerlo en forma de emparedado o sándwich, untado con 20 gramos de mantequilla o manteca

➤ 13:30 pm

Caldo con fideos, de preferencia preparado con caldo de ternera o pollo

1 cucharada de aceite de oliva.

➤ 14:00 pm

Ciento cincuenta gramos de puré de papas elaborado con media taza de leche y 20 gramos de mantequilla o manteca

Un tomate grande, aproximadamente de 100 gramos, aderezado con aceite

Ochenta gramos de carne de ternera

Opcional un vaso con jugos naturales de fruta, endulzados con azúcar

Como postre puede comer 150 gramos de helado de vainilla

➤ 17:00 pm

Una taza de café o té con 1 y media cucharada de crema de leche o leche entera y azúcar

Galletas untadas con mantequilla o margarina

➤ 21:00 pm

Verduras variadas, como por ejemplo, 50 gramos de zanahorias, 30 gramos de alcachofas y 30 gramos de espárragos, aderezadas con aceite de oliva

Un huevo

Dos rebanadas de pan blanco, aproximadamente 30 gramos

Un vaso de jugo de frutas endulzado con algo de azúcar

Frutas puede ser de manzana o pera, 50 gramos aproximados preparados con 10 gramos de azúcar

RECOMENDACIONES PARA AUMENTAR EL CONSUMO CALORICO

Existen ciertos ingredientes que al añadirlos al plato (purés, sopas, verduras, ensaladas, yogures, etc.) aumentan las calorías del alimento:

- a) Queso rallado, leche entera, nata, crema, aceites vegetales, legumbres, arroz, carne picada, huevo, atún, frutos secos, semillas, aceitunas, aguacate.

- b) Salsas como bechamel, mayonesa, etc.
 - c) Galletas maria, membrillo, cacao en polvo, mermelada, miel.
-
- Probar diferentes alimentos para estimular el apetito y dar variedad a la dieta.
 - Los frutos secos como aperitivo o meriendas son aconsejables.

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON ANEMIA

Alimentos de origen animal: carne roja, hígado, huevo, aves, atún, salmón

Alimentos de origen vegetal:

- Leguminosas como el frijol, lentejas, garbanzos.
- Cereales: avena, arroz, germen de trigo y cereales enriquecidos
- Almendras, nueves
- Nopal, brócoli, espinacas, acelgas, espárragos,
- Ajonjolí, perejil, col, soya.

Se recomienda combinar dichos alimentos con alimentos ácidos como las frutas cítricas y con alto contenido de vitamina C: naranja, mandarina, kiwi, guayaba, fresas, limón y verdura como el pimiento.

Evitar consumir a la vez: café, té, vino tinto; ya que disminuyen la absorción de hierro.