



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A MUJER
ADULTA MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN
Y MOVILIDAD CON LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON**

Que para obtener el título de

Enfermera General

PRESENTA:

Reyna García Morales

NUM. CUENTA: 202007685

DIRECTORA DEL TRABAJO

LIC. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA

CDMX

JUNIO DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi querida profesora María del Consuelo de los Reyes García, quien además de transmitirme su vocación investigadora, me orientó, ayudó y estimuló constantemente y directamente en todos los aspectos de mi proceso. Agradecerle la plena confianza que siempre me ha demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento me ha ofrecido.

A mis queridas maestras Irma Valverde Molina e Isabel Cristina Peralta Reyes, gracias por la confianza, paciencia, tiempo y carisma para enseñarme y orientarme en mis dudas y dificultades para este proceso.

A mis hijos Roberto Israel, Gema Paulina y Carmen Guadalupe les doy las gracias por ser el pilar en mi vocación de enfermera, también por orientarme, ayudarme y ser pacientes siempre.

Los amo.

*En la infinitud de la vida donde me encuentro
todo es perfecto, pleno y completo.
El cambio es la ley natural de mi vida. Lo acepto con
beneplácito.
Estoy dispuesto a cambiar. Opto por cambiar mi modo de
pensar.
Opto por cambiar las palabras que uso.
Cambio de lo viejo a lo nuevo con facilidad y alegría.
Es más fácil para mí perdonar de lo que había pensado.
Perdonar me hace sentir libre y ligero.
Con alegría aprendo a amarme cada vez más.
Mientras más resentimientos libero
más amor puedo expresar.
Me siento bien al cambiar mis ideas.
Estoy aprendiendo a optar por hacer que hoy sea una
experiencia placentera.
Todo está bien en mi mundo.*

-LOUISE L. HAY (Tu puedes sanar tu vida)-

INDICE:

1.- INTRODUCCIÓN.....	5
2.-JUSTIFICACION.....	6
3.-OBJETIVOS.....	7
4.-METODOLOGÍA.....	8
5. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
5.2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.....	11
5.3 PARADIGMA.....	14
5.4 METAPARADIGMA.....	15
5.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
5.6 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	31
5.7CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	32
6.- MARCO REFERENCIAL.....	32
6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	38
6.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DEL CASO.....	41
7.- JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES.....	47
8.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	50
9.- CONCLUSIONES.....	63
10.- BIBLIOGRAFIA.....	64
11.- ANEXOS.....	66

1.- INTRODUCCION

El proceso de Atención de Enfermería nos apoya para brindar una atención integral a nuestros pacientes al atender a los individuos, no debemos olvidar que estos son seres que merecen respeto, por ende es necesario tener un adecuado control y continuidad del cuidado que se ha de proporcionar para así mismo brindar una atención de calidad.

La enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia dedicada a las actividades de la prevención, rehabilitación, atención y a la satisfacción de las necesidades del paciente, en el proceso salud-enfermedad, además de actividades administrativas y de investigación científica.

Actualmente la población mundial vive más tiempo lo que está ocasionando que los individuos en su trascendencia entre su independencia por atender sus necesidades y ser autosuficiente llega a un deterioro que paulatinamente no le permite su autocuidado; la marginación, la soledad por falta de familiares, ocasiona que lleguen a una casa de reposo.

Por ello la enfermera en su formación académica requiere tener la experiencia en el cuidado de las personas de la tercera edad, en los que evolucionan fisiológicamente sanos y en aquellos que tienen padecimientos crónicos degenerativos desde hace tiempo.

Este trabajo contiene los aspectos teóricos y metodológicos, la valoración y la planeación de las intervenciones de enfermería que se realizó en una usuaria del el asilo Vicente García Torres del D.I.F Nacional.

2.- JUSTIFICACIÓN:

El presente Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta metodológica que le permite a la enfermera adquirir un pensamiento crítico que en su trabajo cotidiano le permita ejecutar sus cuidados con calidad, por lo que este trabajo es realizado a fin de valorar las necesidades desde un enfoque bio-psico-social para poder descubrir las necesidades alteradas en la usuaria tanto como persona, así como su historia de vida de sus órganos, sus familiares y amigos.

Este estudio de caso se ha realizado porque así se podrán conocer las medidas para integrar al individuo a la vida de un asilo con ayuda del equipo de salud y los familiares que la visitan. Es satisfactorio que al realizar este Proceso se favorezca al paciente y a su familia mediante acciones de enfermería con un enfoque científico y humanístico.

Así mismo el presente es con el propósito de obtener el Título de Enfermera general.

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ◆ Elaborar un proceso de atención de enfermería de manera sistematizada que apoye a una paciente anciana a retomar su funcionalidad y así mismo adaptarse al estilo de vida que se le proporciona en el asilo para aplicar los conocimientos obtenidos durante la formación académica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Identificar los problemas y/o necesidades que afectan al anciano tomando en cuenta todas sus esferas mediante acciones específicas que permitan su autocuidado y disminuya su deterioro cognitivo y físico.
- ◆ Realizar la valoración de donde se formularán los diagnósticos de enfermería como parte de la planeación de las intervenciones de enfermería
- ◆ Proporcionar cuidados de enfermería individualizados, oportunos, sistematizados continuamente a todo paciente mediante acciones que se basen en técnicas y procedimientos científicos y humanísticos mejorando la calidad y brindando una atención integral en base a sus necesidades y problemas.

4.- METODOLOGÍA

Se le pidió a la usuaria del asilo su cometimiento para la realización de este trabajo, además de solicitar a la encargada de enfermería el permiso de aplicar el proceso en días diferentes a mi jornada laboral que es los fines de semana.

Los instrumentos y técnicas que se utilizaron para realizar el proceso de atención de enfermería fueron los siguientes: la entrevista, la historia clínica, la valoración, planeación, ejecución y la evaluación.

Historia clínica

A través de la historia clínica, fue posible conocer los dato de identificación del paciente, así como las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, y el padecimiento actual; así mismo se conoció su composición familiar.

Valoración

La técnica d la exploración física, nos permite dar un diagnóstico de enfermería, y de realizar un plan de atención; de acuerdo a las necesidades básicas que propone Virginia Henderson.

Planeación

Para la planeación se tiene que formular un plan de cuidados de enfermería en el cual se llevan a cabo un plan de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

Ejecución

Durante la ejecución se pone en práctica las intervenciones planificadas de enfermería, para lograr los resultados propuestos.

Evaluación

En esta etapa, se apreciara los resultados finales de las acciones de enfermería.

5.- MARCO TEÓRICO

5.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de ahí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como una ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

Florence Nightingale (1820 – 1910)

Enfermera inglesa, nacida en Florencia, ofreció sus servicios en la guerra de Crimea (1854) en el campo de batalla del ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general), en Londres fundó una escuela de enfermeras y es considerada como fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. ¹

Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles:

a) En el ámbito general de la disciplina enfermera:

- Inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería
- Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
- Inició la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

b) Aportaciones asociadas:

- Inició las organizaciones de la enfermería militar.
- Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene, saneamiento dentro de la enfermería.

Florence intentó definir las aportaciones específicas de enfermería al cuidado de la salud.¹

Desde 1852 hasta 1996 se creó y desarrollo una corriente filosófica, que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de Virginia Henderson.

VIRGINIA HENDERSON (1897 – 1996)

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri; su interés por la enfermería se desarrolló durante la primera guerra mundial graduándose como enfermera en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Tres años de labor docente, asistencial e investigadora, Virginia Henderson da a conocer lo que será sin duda una definición de la disciplina enfermera, en su conocida afirmación de la función propia de la enfermería. “la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.² Esta definición fue adoptada por el Congreso Internacional de Enfermera (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.

Los Elementos más Importantes de su Teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”.

Esta teoría de enfermería incorporó los principios filosóficos y psicológicos a su concepto de enfermería.

1-Catalina García Martín-Caro.p.p.137, 142 Historia de la Enfermería.

2- Carmen Fernández Ferrin. p.p VII, VII, El proceso de atención de enfermería.

5.2.- DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA (Virginia Henderson)

Se puede afirmar que la enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia, en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos (teorías) al que se llega mediante la investigación científica y el análisis lógico, o razonamiento analítico, y como arte cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética, creativa e imaginativa, usa este cuerpo de conocimientos en servicios de los seres humanos y de sus necesidades de salud.³

La enfermería actual se define desde tres aspectos diferentes: ¹

- a) Sociológico
- b) Teórico – fisiológico
- c) Ejercicio profesional

a) Aspectos Sociológico

Desde esta perspectiva se define como la profesionalización de la actividad de cuidar. Según el diccionario de la real academia de la lengua española, el término profesionalización significa “dar carácter de profesión a una actividad”.

Una actividad es un conjunto de acciones o tareas que se realizan con un fin determinado. Llevar a cabo una actividad está influenciado por dos condiciones.

Uno de ellos se refiere a la persona que ha de realizarla comprendiendo las capacidades individuales. El segundo lo determina la complejidad de la actividad a realizar.

1-Catalina García Martín-Caro.p.p.137, 142 Historia de la Enfermería

3-Carmen Fernández Ferrín. p.p 137 Enfermería Fundamental

Según eso una actividad se establece en tres niveles:

- I. Auto acción. Actividad realizada por uno mismo. En este caso la persona posee las capacidades requeridas (conocimientos y habilidades)
- II. Acción de apoyo. Si se necesita ayuda de otra persona que por sus conocimientos, experiencia, etc., completa la capacidad de la que ha de llevar a cabo la acción.
- III. Acción profesional. Si la acción requiere de aptitudes específicas que solo puede ser llevadas a efecto por un experto de la metería.

La actividad de cuidar en los dos primeros niveles descritos la ejercen las personas de forma habitual. Pero si la complejidad de la acción requiere de las capacidades específicas y de acciones basadas en principios de la ciencia, se precisa la intervención de un experto. A esta intervención se le denomina enfermería .2

b) Aspecto teórico – filosófico

La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo a su recuperación.

Textualmente Nightingale escribe que enfermería es el “uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, la selección de la dieta y su administración, y con el menos gasto de energía por el paciente”.

Cien años después Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras en definir la enfermería: “la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo a ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”²

2- Carmen Fernández Ferrin. p.p. 3 El Proceso de Atención de Enfermería.

Desde la mitad del siglo XX, una serie de enfermeras teorizantes han desarrollado su visión particular de la enfermería, definiéndola de forma explícita en sus respectivas teorías, sistemas conceptuales, modelos, etc. Pero a pesar de las diferencias entre estas definiciones, lo que es cierto es que existe un aspecto común en todas. En nuestra opinión y adoptando los valores y creencias de Dorotea Orem, se podrá definir la enfermería de forma genérica como conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.¹

c) Aspecto de la práctica profesional

Desde esta perspectiva, también fue Florence Nightingale la primera en situar la enfermería como “un arte o destreza de la salud que cada madre, muchacha, esposa, maestra, niñera, cada mujer, debe aprender prácticamente”.

En la actualidad, las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional, destacando la propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejército profesional como “El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

Virginia Henderson incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos; explico la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de salud.

Como se puede observar la acción de enfermería se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, si no las respuestas que mantiene incomodan a la persona. ¹

El Cuidado Como Objeto de la Disciplina Enfermera

El cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que prestamos enfermería en el contexto de la atención de salud.

¹-Catalina García Martín-Caro.p.p.177, 177, 179 Historia de la Enfermería.

Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objetivo de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión. 1

5.3.- Paradigma

Se define a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. (Por el filósofo Thomas Jun; 1970 y el filósofo Capra: 1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental; paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.4

Disciplina

Es una red de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos. 4

En el área de la ciencia enfermera, según relata Kérouac, los autores han propuesto, entre otros los siguientes paradigmas:

***Paradigma de la Categorización**

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En la ciencia de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones de enfermería: una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad. 4

***Paradigma de la Integración**

Prolonga en paradigma de la categorización recorriendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. 4

1-Catalina García Martín-Caro.p.p.177, 177, 179 Historia de la Enfermería

4- Suzanne Kérouac. p.p. 12,18, 24 El Pensamiento Enfermero.

**Paradigma de la Transformación*

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. En este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina. 4

Resumiendo una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) ha denominado las ideologías y la formación en curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificación. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigma de la integración y de la transformación). 4

La relación particular entre los conceptos “cuidados”, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina, enfermera. 4

5.4.- Metaparadigma

Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran marco teórico de esta, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas.

El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina y la perspectiva general adoptada para observarlos. 5

Disciplina

Una disciplina ha sido definida como: “una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que definitivamente delimita los límites y naturaleza de sus investigaciones” (Donaldson y Crowley, 1978).

Una disciplina incluye una rama específica de conocimientos y la forma en que un orden y unas normas son aplicados al conocimiento. 5

La disciplina de enfermería según Carper (1978), incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente relacionados entre sí:

4- Suzanne Kérouac. p.p. 12,18, 24 El Pensamiento Enfermero.

5- Carmen Fernández Ferrin. p.p 138, 136,137 Enfermería Fundamental.

Conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral) conocimiento estético (el arte de enfermería) y conocimiento personal (autoconocimiento).

El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas, constituye la totalidad el conocimiento enfermero, el cual está en continua evolución a causa de los cambios y avances que se generan a partir de las investigaciones.⁵

Teoría

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

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

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina; al relacionar estos conceptos entre sí, se constituyen afirmaciones teóricas. ⁵

Fenómeno

Un fenómeno son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente. Los fenómenos de una disciplina son todos los aspectos que inciden en su área de competencia.

Un fenómeno es un término, descripción o nivel, usado para identificar una idea acerca de un acontecimiento, una situación, un proceso o un grupo de acontecimientos o de situaciones ⁵

5.5.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales, no puede comprenderse sin el aporte universal de Virginia Henderson, que a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de enfermería.
5

El proceso de atención es la metodología que permite actuar de modo sistemático al implementar la intervención de la enfermería. 5

El término “proceso de enfermería” indica la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera planear y proporcionar los cuidados de enfermería. Es la aplicación de solución de problemas, o científico a la práctica de la enfermería, el proceso proporciona una estructura lógica en la que puedan basarse los cuidados de enfermería. El proceso tiene como elementos esenciales el ser planeado, centrado en el individuo (paciente), familia o comunidad orientado a problemas y dirigido a metas.6

La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas a través del proceso de atención de enfermería para ayudar al individuo (paciente) a lograr su potencial máximo de salud. Las enfermeras utilizan planteamientos teóricos para guiar y respaldar cada componente del proceso, actúan como miembros del equipo de salud, por medio de sus actividades independientes, interdependientes y dependientes dentro del sistema de cuidados de salud, sirviendo como abogado del individuo (paciente)

Y asumiendo la responsabilidad ante él. La relación paciente - enfermera es interdependiente, basada en la percepciones, valores, y metas personales. Los pacientes son participantes cativos en cada paso del proceso de enfermería a través de una decisión mutua. 7

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el resultado del cuidado de enfermería.

5-Carmen Fernández Ferrin. p.p. VII, XI, - El proceso de Atención de Enfermería.

6-Beverly Witter Du Gas. p.p 73 Tratado de Enfermería Práctica.

7-Janet W. Griffith. p.p. 4 Proceso de Atención de Enfermería.

En palabras de Alfaro (1998) el proceso enfermero “es un método sistemático de brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados”. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. 8

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. A sí mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. 8

Importancia del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación de enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.9

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- **Valoración**
- **Diagnóstico de enfermería**
- **Planeación**
- **Ejecución**
- **Evaluación**

8- Rosalinda Alfaro. p.p. Aplicación del Proceso de Enfermería

9- María Teresa Luis Rodrigo. P.p. 3 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

VALORACIÓN

Valoración: recogida de datos y actuales, objetivos y subjetivos. ⁹

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial. Ya que a lo largo de esta etapa se ha de obtener toda la información del paciente. ⁸

La recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesaria para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas reales, potenciales o posibles en el individuo, familia o comunidad y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro. ⁸

Este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

- **Obtención**
- **Validación**
- **Organización de los datos**
- **Registro de los datos**

Obtención de Datos

La recogida de datos empieza con el primer contacto entre el paciente y es el sistema de cuidados de salud. Es el proceso que permite reunir información específica sobre el individuo. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

- a) Información, o pasado, que procede del mismo paciente o individuo (fuente principal).
- b) Objetivos o subjetivos, los primeros son observables, mensurales y se obtiene básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia. ⁸
- c) Generales o focalizados: ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del individuo, datos pormenorizados sobre situación o aspecto en concreto. ⁸

8- Rosalinda Alfaro. p.p. 7Aplicación del Proceso de Enfermería

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 4El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

Las fuentes para obtener los datos son varias y, entre ellas, la principal es la propia del individuo, la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, básicamente:

- **Entrevista**
- **Observación**
- **Exámen físico**

Entrevista

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

Observación

Consiste en el uso de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el individuo (paciente), la familia o personas allegadas, y el entorno, así como las interacciones en estas tres variables. 9

Exámen físico

La valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas:

- 1- Inspección**
- 2- Palpación**
- 3- Percusión**
- 4- Auscultación**

1- Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento simetría, etc.

2- Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 4, 5 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

3- Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que hay debajo. 9

4- Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicado el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados. 9

Validación

Asegurar que la información recogida sea veraz y completa, a fin de evitar errores en los diagnósticos y conclusiones precipitadas.

Organización

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

Registro de datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida.

Y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. 9

Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones de la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad.10

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 7, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Análisis y formulación de un juicio o conclusión sobre la situación. 9

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del individuo, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a la decisión o una opinión. 7

Según Shoemaker, 1985; considera el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico o cerca de un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos. 8

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1990) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera. 9

La formulación de diagnósticos de enfermería no es largo y nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos de forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia. 8

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana de un individuo o comunidad a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de esta. Puesto que la respuesta humana está influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente. 8

7-Janet W. Griffith. p.p. 141 Proceso de Atención de Enfermería

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 59 Aplicación del Proceso de Enfermería

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 7, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara que es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.¹⁰

Los Diagnósticos se Clasifican Según Características. Según Carpenito un Diagnóstico Puede ser de Bienestar, Real, de Alto Riesgo o Posible.

- ✓ El de bienestar es un juicio sobre un individuo, familia o comunidad de transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- ✓ El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales, que existen en un individuo, familia o comunidad.
- ✓ El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre el individuo, familia o comunidad más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.
- ✓ El posible señala un problema que el profesional sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).⁹

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 7, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

PLANEACIÓN

Identificación de los objetivos que se han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.⁹

La tercera etapa del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁹

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr sus objetivos.⁸

Establecimiento de Prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera, el paciente y la familia determinan. En conjunto, Cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de formas simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería.¹⁰

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 7, 59 Aplicación del Proceso de Enfermería

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Determinación de Objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar entrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y mediables, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas por el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

Planeación de las Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen a los problemas. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Características de las Órdenes de Enfermería

Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas por cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar la oportunidad de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben de tomar, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado de salud, se van modificando cuantas veces sea necesario. ¹⁰

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son las competencias de la enfermera y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos, las habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios. ¹⁰

EJECUCIÓN

Durante la ejecución se pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. ⁹

La ejecución es la cuarta etapa, es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

Validación del plan de atención.- Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la situación de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en acontecimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención. ¹⁰

Documentación del plan de atención.- Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 13. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Actualmente se ocupan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican y utilizando espacios en blanco para completar. ¹⁰

Los planes de cuidados computarizados se pueden utilizar en la terminal del cuarto de sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones. ¹⁰

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. ⁸

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba de la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del individuo. ⁸

El resultado debe estar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el personal de enfermería indicara en el plan el objetivo se logró. Cuando el problema no se resolvió, o el objetivo no se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación. ⁹

La Revaloración del Plan:

Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 7, Aplicación del Proceso de Enfermería

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 13. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones:

- 1) Que las prioridades hayan cambiado su orden
- 2) Que haya surgido un nuevo problema
- 3) Que el problema ya haya sido resuelto
- 4) Que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y
- 5) Que el objetivo no se logró o solo se logró de forma parcial

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o solo se logró parcialmente. ¹⁰

EVALUACIÓN

Evaluación: determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos. ⁹

La evaluación es la última etapa del proceso de atención de enfermería, debe tenerse en cuenta que está incluida en cada etapa en forma de valoración continuada como parte integral de la relación terapéutica entre enfermera y el individuo. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es medir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. La evaluación es útil a varios propósitos.

Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del individuo (paciente) para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. ⁷

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

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 13. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

7-Janet W. Griffith. p.p. 141 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Evaluación Consta de Dos Partes

- 1) Recogida de los datos sobre el estado actual de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- 2) Comparación con los resultados esperados y juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

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

Aspecto General y Funcionamiento del Cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

Señales y Síntomas Específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente
- Examen de la historia

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

Capacidad Psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de actividades

Observación Emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual (modelo holístico de salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, debe ser interpretada, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirva para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las partes posibles, conclusiones (resultados esperados), a las que podemos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

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

- ✓ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ✓ En relación a los objetivos marcados.
- ✓ Como resultado de la intervención enfermera.
- ✓ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan. La intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos (confusos) y/o abreviaturas, es de mayor utilidad indicar que se fijó, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el individuo y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. 9

9 -María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 15. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

5.6.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

¿Qué es un Modelo?

Un modelo es una representación de la realidad. Los modelos se clasifican en dos grupos:

1. Modelos concretos o modelos de la realidad

Son una simulación o analogía que reproduce algo que ya existe en el mundo real.

2. Modelos abstractos o modelos para la realidad.

Representan un ideal, algo aun inexistente pero cuya materialización se persigue. (Un ejemplo de este modelo seria los planos de construcción de un hospital que se desea construir).

Modelo Conceptual

Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre si y de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.⁹

Las razones que han llevado a adoptar este modelo conceptual de esta teorizadora son fruto del estudio prolongado y riguroso que realizó, y que se expone a continuación:

- Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.⁹
- Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos, expresa ideas profundas y complejas con lenguaje sencillo y exento de artificios.
- Su construcción teórica es muy abierta, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situaciones de cuidados (ya sea en centros de hospitalización y o en la comunidad).

⁹ -María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 32. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

- Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Henderson incluye “ayudar al paciente a conseguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico”.
- Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.
- Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno ocuparse de sus propios cuidados. 9
- Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/familia actúan como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas, así contemplada, la salud deja de ser algo externo que es “dado por él.
- Sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo, idea plenamente coherente con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cuidados de salud primarios, que prioriza los cuidados de salud preventivos sobre los cuidados sobre los curativos y destaca la implicación del individuo, la familia y comunidad en el logro de las metas de salud.

Propone métodos de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten las restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración. 9

5.7.- CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El trabajo de Virginia Henderson fue producto de la preocupación al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

A partir de su definición de enfermería, se obtiene una serie de conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson, que son los siguientes:

9 -María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 32. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

1. PERSONA

Necesidades básicas

2. SALUD

Independencia

Dependencia

Causa de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales

LA PERSONA: 14 Necesidades Básicas

De acuerdo con la conceptualización de enfermería, según Virginia Henderson; el individuo o persona, el cual es objeto del cuidado enfermero, es un ser bio – psico-social, que tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacerse para mantener su integridad física, psicológica y promover su desarrollo y crecimiento. Estas necesidades son:

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar participar en actividades recreativas

14. Necesidad de aprendizaje ³

Estas necesidades son comunes en todo individuo/persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las 14 necesidades básicas están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha relación existente entre las distintas necesidades., implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a alguna alteración en las restantes. Esto quiere decir que para tener una visión del ser humano como un todo, es necesario interrelacionar las 14 necesidades básicas y los aspectos bio - psico- social y espirituales, para valorar el estado del individuo. El análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de la valoración del proceso de atención. ³

LA SALUD: Independencia/Dependencia/ y Causas de la Dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener el estado óptimo la propia salud concepto que la autora equipará con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad las cuales se desarrollaran más adelante. ³

El concepto de **independencia** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. ³

³-Carmen Fernández Ferrin. p.p 4 El Proceso de Atención de Enfermería.

La **dependencia** puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para corregir la satisfacción de las necesidades. ³

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona. De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesita una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe cómo confeccionarla, si no requiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que este déficit sea subsanado esta dependencia ya no puede ser considerado como dependiente, aunque la alteración física persistía. La causa de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

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

2.- Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.³

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

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o premamamente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

³-Carmen Fernández Ferrin. p.p 4 El Proceso de Atención de Enfermería.

EN EL ROL PROFESIONAL: Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los **cuidados** básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson “este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación”. Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas, la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estas le han de adoptar a las modalidades y la idiosincrasia de cada persona. ³

De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.³ Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos también colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir de las otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

En relación al paciente, Henderson afirma que, todos los miembros del grupo deben de considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir” a la persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en decisiones y en el logro de sus metas. ³

ENTORNO

Diversas autoras han criticado Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona; unas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales), para valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Aunque Henderson no dedico un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.³

³

3-Carmen Fernández Ferrin. p.p 9 El Proceso de Atención de Enfermería.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Identificación de la persona

Nombre: Marina Benítez Tinoco

EDAD: 72 años

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Estado civil: Viuda

Escolaridad: Secundaria

Diagnóstico: Diabetes Mellitus II diagnosticada hace 10 años, Tumorción Ovárica derecha a partir del mes de noviembre 2015.

Talla: 1.51

Peso: 51 kg

Lugar de nacimiento: Valle de bravo, Estado de México

Lugar de residencia: Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica "Vicente García Torres"

Signos Vitales:

T/A: 132/67 mgHG F.C.: 75x' F.R.: 20x' Temp.: 36.2°C Glicemia
Capilar: 117mg/dl

Situación actual

Actualmente vive en el asilo, donde se le dan cuidados necesarios para mantener estable su glucosa. Su habitación es en la planta baja en dormitorio mujeres y un bastón para la comodidad de la señora Marina.

Viuda con dos hijos, su hijo varón tiene una casita de interés social, su hija actualmente desempleada argumenta; no contar con redes de apoyo y encontrarse en abandono social, comerciante ambulante (vendedora de dulces) en su etapa de independencia.

La paciente presentó durante un largo periodo estreñimiento; por lo que constantemente acuden al servicio del Hospital General de México, solo que en esta ocasión comenzó a presentar una sintomatología distinta, edema de las extremidades inferiores, cefalea, hipoglicemia, etc... Motivo por el cual se refirió a la paciente con el Médico Internista quien al realizar su valoración indica cambio de su tratamiento, medicando furosemida cada 24 horas, metformina cada 12 horas y enviando a realizar nuevos estudios.

Con los resultados de la tomografía se percatan de la presencia de un bolo, que al parecer se encuentra en crecimiento en el ovario derecho por lo que es remitida al servicio de Ginecología para su valoración. Al transcurrir todos los anteriores eventos se comienza con la valoración de la paciente apoyándonos de diferentes cuestionarios, al conversar con ella me he percatado que su vejez la ha tomado con mucha tranquilidad y logra realizar las actividades que ella sabe que están a

sus posibilidades; sin embargo, este nuevo padecimiento le ha truncado diversas situaciones de su vida. Se encuentra molesta al no tener respuesta del pensamiento, piensa que es un castigo por lo que evita el contacto con sus familiares y terceras personas.

Al no tener conocimiento del padecimiento que pueda presentar; la paciente ha tomado la decisión de que si es algún mal pronóstico, no quiere recibir ningún tratamiento médico tales como: quimioterapia, radiación, etc... Motivo por el cual me acerco a ella con la finalidad de poder enfrentarse a un final tranquilo de la vida.

Valoración de las catorce necesidades

1. Respiración y circulación.

Vía aérea permeable, fosas nasales limpias, campos pulmonares bien ventilados de adecuada amplexión y amplexación, movimientos toracoabdominales sin alteraciones, llenado capilar de 2 segundos.

Toma de Metformina por tratamiento de la diabetes mellitus II cada 12hrs, Furosemida cada 24 horas. Por la retención de líquidos.

2. Nutrición e hidratación.

Realiza tres comidas al día. Su alimentación es rica en carbohidratos, suele desayunar (papaya, manzana y plátano), pan blanco, huevo una vez a la semana, leche y/o café, en la comida no tiene mucha opción ya que no le gustan demasiados alimentos, varía entre el pollo o carnes rojas acompañados en su mayoría por frijoles, tortilla, suele cenar pan, café y verduras. Casi no consume agua. Come por sí sola.

Peso: 51 kg

Talla: 1.51

I.M.C.: 22.37kg/m².

3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.

Micciona 500 a 1000ml en 24 horas, con una frecuencia de 3 a 5 veces al día, las características son amarillo fuerte, olor penetrante. Usa pañal porque tiene incontinencia urinaria y al no poder deambular ampliamente.

El abdomen se observa globoso, a la palpación duro con la presencia de un bolo en la parte inferior.

4. Moverse y mantener una postura adecuada.

Según los resultados del cuestionario de Nagi, es capaz de realizar con dificultad actividades como levantar objetos de un peso menos a 5kg, mover objetos grandes. No puede realizar actividades como levantar objetos mayores a un peso mayor a 5kg y encorvarse, agacharse y arrodillarse. Presenta disminución de la fuerza muscular en las extremidades inferiores.

En la escala de Barthel presenta una ligera dependencia para poder realizar algunas actividades en su habitación de manera independiente, requiere de ayuda para deambular con andador, ya no puede subir escaleras, motivo por el cual su habitación fue adaptada en la planta baja, así como requerir de ayuda para poder levantarse de un su cama y poder trasladarse al sillón o silla de ruedas.

5. Sueño y descanso.

Tomando en cuenta la escala de Epworth, obtuvo una puntuación de 6 lo que indica que no cuenta con somnolencia diurna.

En la escala de Atenas obtuvo una puntuación de 8 que indica que nos sugiere un insomnio ligero.¹

¹ Escala de Atenas: es un instrumento psicométrico diseñado para cuantificar la dificultad del dormir basándose en el criterio diagnóstico de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Consiste en 8 ítems que se puntúan de 0 a 3. Los primeros 5 (evaluación de la dificultad de inducción del sueño, despertares nocturnos, despertar temprano, total de duración del sueño y calidad total del sueño); y del contenido de los tres últimos ítems pertenecientes a las consecuencias diurnas del insomnio (problemas sobre la sensación de bienestar, funcionamiento y somnolencia diurna)

6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.

En la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody (AIVB) se detecta con 6 puntos con asistencia en donde se refiere que es capaz de viajar en autobús o taxi pero acompañada, realizar todas las compras pero necesita que la acompañen, es capaz de preparar comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos por sí misma, es capaz de realizar quehaceres ligeros pero necesita ayuda para tareas pesadas, puede tomar sus medicamentos pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare, puede realizar sus compras cotidianas. También se detecta deterioro de la capacidad para poder vestir la parte inferior, le cuesta trabajo colocarse y quitarse los calcines y zapatos. Ella misma elige su ropa, logra abrocharse sin problemas y obtener y reemplazar los artículos de vestir.

7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.

Eutérmica, en el momento de la exploración se logra manifestar con calor a la sensación del clima en el hogar, por lo que coloca su ventilación sin problemas para sentir en confort.

8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.

Se baña diario, hace uso de la regadera trata de bañarse sola pero se requiere de supervisión continua para no resbalar en el baño, logra lavar y secar su cuerpo en su totalidad. Se lava sus manos constantemente antes de los alimentos así como después de entrar al W.C.

En la escala de Norton (Riesgo de úlceras por presión) obtuvo a una 14 puntos lo que indica que por la falta de actividad y el uso de silla de ruedas tiene un riesgo inminente de ulceración.

9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).

El adulto mayor presenta más de dos caídas en seis meses, déficit visual parcial, ingiere bebidas gaseosas y fuma, no tiene problemas en distinguir los colores, presenta buena audición, se aplicó la vacuna de neumococo, influenza y tétanos y difteria, tiene aproximadamente dos años que no se realiza el estudio del Papanicolaou ni la exploración de mama. Entre los aditamentos con los que cuenta hace uso del bastón y usa sus anteojos. Su habitación fue adaptada en la planta baja del asilo para mayor comodidad y por qué los escalones del asilo son altos, cuenta con su baño para que no tenga que trasladarse mucho, esta amplio para que tenga la oportunidad de entrar la paciente y un enfermero para mantenerla en supervisión.

10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

Tiene dos hijos y parientes con los que tiene contacto frecuente, tiene vecinos y amigos que la procuran constantemente, no acude a grupos de apoyo comunitarios, acude a centros institucionales (H.G.M), una vez al mes a la consulta familiar y cada dos meses con el especialista. En la valoración se encuentra que la paciente tiene dificultad para expresar su sentir de acuerdo a su diagnóstico. En la escala de ansiedad de Goldberg, se ha sentido irritada al menos en una ocasión. En escala Depresión Geriátrica Yesavage de acuerdo en su sentir, se ha sentido vacía en su vida, ya no tiene esperanzas de vivir un futuro, constantemente se siente molesta por pensamientos que no puede alejar de su mente, se siente desamparada, cree

que ya tiene problemas con su memoria, en repetitivas ocasiones se siente desanimada y triste.

Esto ha llevado a la familia a darse cuenta que se encuentra constantemente desanimada con baja autoestima y falta de interés por salir adelante y aprender cosas nuevas para su cuidado.

11. Creencias y valores personales.

Antes de que se enfermera podía acudir por ella misma a la iglesia, al comenzar con su problemas ya no podía acudir y con el paso del tiempo fue perdiendo sus ideales al punto que ahora se tenía la creencia de ser superior con el cual tiene expresión de sentir cólera hacia él, lo que lo ha llevado a buscar el uso de remedios caseros para aliviar los síntomas, uso de medicina alternativa, tiene la incapacidad de admitir el impacto de su enfermedad en el estilo de vida.

Ha tenido la pérdida de su pareja, de algún ser querido, tiene expresión de culpa por lo que tiene, ya se ha negado a participar en algún tratamiento para su enfermedad a alguna rehabilitación, tiene negativa para a hablar de los cambios corporales que tenga por el tratamiento.

12. Trabajar y sentirse realizado.

Realiza actividades en juegos de mesa, trata de mantener su habitación para su confort y posteriormente se acuesta a dormir y descansar por que se fatiga con facilidad.

13. Participar en actividades recreativas.

Posterior al diagnóstico, se reprimió y ya no quería salir, actualmente solo se dedica a ver la tele en ocasiones sus familiares se acercan a platicar con ella y tratar de realizar algunas actividades.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Tiene educación de nivel secundaria, conserva las funciones de leer y escribir. Aún recuerda los números, recuerda las actividades que realizo en el transcurso del día pero no recuerda las de un día anterior con facilidad, recuerda los nombres de sus familiares y sus rostros. Tiene disminución del interés para participar en actividades recreativas o de ocio, no le agrada asistir a grupos de adultos mayores. Sus familiares expresan que ya no tiene interés por buscar otras opciones para su cuidado.

JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES ALTERADAS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Eliminación de los productos de desecho del organismo.	Estreñimiento r/c la tumoración que abarca ya completamente su abdomen m/p la falta de actividad física así como de un tratamiento oportuno.
Sueño y descanso.	Alteración del Patrón del sueño r/c con el insomnio constante por la noches m/p los pensamientos negativos, la angustia de ya no pensar en un futuro.
Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).	Riesgo de caídas r/c dificultad de la marcha, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, falta de antideslizantes, silla bacín y sujeciones en la ducha.
Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.	Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de la percepción y de la autoestima m/p dificultad para mantener el patrón de comunicación, habitual, pronunciación poco clara, desorientación en el tiempo, verbaliza con dificultad.
	Duelo anticipado r/c el diagnóstico médico la ansiedad de poder ayudar a sus hijos m/p la irritación que tiene contra la situación actual y no querer aceptar un tratamiento médico.
	Baja autoestima crónica r/c estado de salud actual m/p autoevaluación como incapaz de afrontar los acontecimientos de forma crónica o durante un largo tiempo. Temor r/c la preocupación de que no tendrá un futuro m/p la irritación de pensamientos negativos que no puede sacar de su mente.
Creencias y valores personales.	Deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.
	Sufrimiento espiritual r/c con el cólera que le causa platicar de dios m/p la molestia de entender por qué ella tenía una enfermedad terminal.

Trabajar y sentirse realizado.	Impotencia r/c la falta de conocimiento sobre un final tranquilo de la vida y desconocer los términos correctos de un duelo prematuro.
Participar en actividades recreativas.	Déficit de actividades recreativas r/c la falta de interés para convivir
Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.	<p>Trastorno de adaptación r/c el temor de que criticaran su apariencia ante la presencia de una tumoración m/p por el aislamiento que presenta al no querer salir y conocer más sobre el cuidado.</p> <p>No seguimiento del tratamiento r/c la falta de información exacta sobre el mismo y con la avanzada edad que tiene m/p la paciente manifiesta que no quiere más sufrimiento y que desea terminar en casa.</p>

Tratamiento Médico

Metformina 850mg. Un comprimido por la mañana media hora antes de los alimentos y media hora antes de la cena.

Furosemida 40mg. Un comprimido por la mañana media hora antes de sus alimentos.

Plan de Intervenciones de enfermería

Necesidad: Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

Diagnóstico: *Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de la percepción y de la autoestima m/p dificultad para mantener el patrón de comunicación, habitual, pronunciación poco clara, desorientación en el tiempo, verbaliza con dificultad.*

Objetivo: Establecer una conversación lo más eficaz posible y comprender sus principales necesidades.

Actividades de enfermería

- Mostrar paciencia
- Mostrar interés en la paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Solicitar ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje de la paciente.
- Permitir que la paciente oiga lenguaje hablando con frecuencia.
- Escuchar con atención.
- Estar de pie de ella, antes de hablar.
- Animar a la señora a que repita palabras de auto animación.
- Seguir la conversación en un sentido.²
- Dedicar el tiempo posible.

Evaluación: Se establece una comunicación más óptima para que la paciente exprese dudas, emociones y sentimientos, se logra comprender sus necesidades, tratando de encontrar una solución a la misma y se le brinda lectura para que pueda resolver más dudas.

² Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Diagnóstico: *Duelo anticipado r/c el diagnóstico médico la ansiedad de poder ayudar a sus hijos m/p la irritación que tiene contra la situación actual y no querer aceptar un tratamiento médico.*

Objetivo: ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de sus decisiones.

Actividades de enfermería

- Ayudar a que platique con sus hijos y amistades.
- Valorar los ajustes del paciente a los cambios de imagen.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Reafirmar el uso de fuentes espirituales.
- Ayudar a la paciente a identificar respuestas positivas.
- Presentar a la paciente personas que estén o hayan pasado por la misma experiencia, pero que lo hayan superado.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.³

Evaluación: La paciente ha logrado platicar con sus familiares y que la apoyen en sus decisiones para poder tener una muerte tranquila, se ha acercado a grupos de apoyo así como a personas que le pueden ayudar a vivir una trascendencia en su vida. Al platicar con ella después de estos ocho meses con su tratamientos me he percatado que ya aun le cuesta trabajo asimilar la situación de ya no pensar en futuro; sin embargo he notado que aún sigue con las terapias de relajación y la lectura, mismas que día a día le ayudan a encontrar una respuesta a cada una de sus dudas espirituales.

³ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Diagnóstico: *Baja autoestima crónica r/c estado de salud actual m/p autoevaluación como incapaz de afrontar los acontecimientos de forma crónica o durante un largo tiempo.*

Objetivo: Se detectarán las causas que ocasionan una baja autoestima.

Actividades de enfermería

- Evitar hablar del pasado.
- Animar a la señora a expresar sus sentimientos.
- Favorecer la conversación y el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Escuchar las expresiones sentimientos y creencias.⁴
- Escuchar experiencias de vida positiva.

Evaluación: Al conversar con la paciente, se logra identificar las causas que provocan la baja autoestima, sin en cambio debido a la enfermedad que ella presenta aún continúa con altibajos, por tal motivo se le debe seguir dando una continuidad a las intervenciones.

⁴ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Diagnóstico: *Temor r/c la preocupación de que no tendrá un futuro m/p la irritación de pensamientos negativos que no puede sacar de su mente.*

Objetivo: Ayudar a la paciente a solucionar sus preocupaciones, para que tenga una estabilidad emocional.

Actividades de enfermería

- Revisar el conocimiento de la paciente sobre su estado.
- Reconocer el conocimiento de la paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad.
- Proporcionar información a la familia y/o seres queridos acerca de la enfermedad de la paciente.
- Describir las posibles complicaciones crónicas.⁵
- Proporcionar descripción como fuentes de la enfermedad.

Evaluación: cuando se le proporcionó la información a la paciente sobre la enfermedad, el proceso que lleva ésta, las complicaciones que tendría, la paciente mostró interés en querer solucionar sus problemas para poder encontrar una tranquilidad, resolvió muchas de sus problemas familiares, logró comunicarse con sus hijos y fue solucionando sus diferencias lo que le causó una mayor tranquilidad.

⁵ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Creencias y valores personales.

Diagnóstico: *Deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.*

Objetivo: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

Actividades de enfermería

- Puntualidad e importancia hacia la paciente.
- Mostrar asistencia y tiempo con la paciente, con la familia de la paciente y otras personas significativas.
- Fomentar la conversación que ayude a la paciente a separar el interés espiritual.
- Ofrecer el apoyo de la oración a la paciente o al grupo.
- Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Leer alguna fuente religiosa de su gusto.
- Ayudar a la paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu. ⁶

Evaluación: La paciente y sus familiares, se han incorporado a un grupo de ayuda para la familia de acuerdos a sus creencias religiosas, ella ha encontrado una estabilidad emocional y ha tratado de lidiar con su cólera a Dios, sin embargo con los altibajos que tiene por su enfermedad es necesario se le siga brindado ayuda emocional.

⁶ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Diagnóstico: *Sufrimiento espiritual r/c con el cólera que le causa platicar de dios m/p la molestia de entender porque ella tenía una enfermedad terminal.*

Objetivo: Ayudar a la paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias religiosas.

Actividades de enfermería

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, si procede.
- Animar a la paciente a enfocarse en el presente, centrarse en hechos y relaciones que proporcionen fuerza y apoyo espiritual.
- Tratar a la paciente con dignidad y respeto.
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Proporcionar privacidad y tranquilidad parar actividades espirituales.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo.
- Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
- Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.
- Proporcionar, música, literatura o programas de radio o TV espirituales a la paciente.⁷

Evaluación: La paciente ha logrado encontrar una cercanía mayor a su confort espiritual, al realizar las terapias de relajación y con el de la lectura ella mostro más interés por acudir a un centro de apoyo de acuerdo a sus creencias religiosas. Se siente más tranquila con la esperanza de poder llegar a un lugar donde dice ya no sentirá dolor.

⁷Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Trabajar y sentirse realizado.

Diagnóstico: *Impotencia r/c la falta de conocimiento sobre un final tranquilo de la vida y desconocer los términos correctos de un duelo prematuro.*

Objetivo: Ayudar a la paciente a encontrar una solución de la pérdida que vivirá.

Actividades de enfermería

- Ayudar a la paciente a solucionar sus pendientes.
- Animar a la paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos.
- Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones.
- Comunicar la aceptación de la enfermedad.
- Utilizar las palabras claras, en lugar de eufemismos.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores.⁸

Evaluación: Se ha logrado resolver muchos de los pendientes que tenía la paciente con sus familiares, logró sentir tranquilidad al saber que sus seres queridos estaban, entiendo las decisiones que ella había tomado sobre su enfermedad.

⁸ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Participar en actividades recreativas.

Diagnóstico: *Déficit de actividades recreativas r/c la falta de interés para convivir*

Objetivo: Ayudar a la paciente a entender la situación actual de su enfermedad, para que no se sienta limitada en sus actividades diarias.

Actividades de enfermería

- Fomentar destreza que sea de su agrado.
- Preguntar que desea que le canten.
- Presentarle personas que estén pasando por la misma situación.
- Brindar la lectura adecuada sobre la enfermedad.
- Animar sobre grupos de ayuda.⁹
- Leer lectura de su agrado.

Evaluación: La paciente ha convivido y comprendido que pese a la enfermedad no pone en riesgo su salud, realizando actividades que le ayuden a distraer su mente de su situación actual.

⁹ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Eliminación de los productos de desecho del organismo.

Diagnóstico de enfermería: *Estreñimiento r/c la tumoración que abarcaba ya completamente su abdomen m/p la falta de actividad física así como de un tratamiento oportuno.*

Objetivo: Proporcionar la información a la paciente en la educación de su intestino para que evacue en intervalos determinados.

Actividades de enfermería

- Planificar un programa intestinal con la paciente.
- Instruir a la paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por la paciente como medio de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.
- Disponer intimidad.
- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.¹⁰
- Proporcionar comodidad a la defecación.

Evaluación: Se realizaron dietas ricas en fibra, se le brindaron alimentos que le ayudaron a tener una mejor evacuación, mismo que ayudo a que no pasaran tiempos prolongados sin evacuar, la paciente podía tener una evacuación al día, sin embargo es necesario buscar ayuda con otro profesional de la salud ya que en ocasiones sigue presentando molestias.

¹⁰ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Sueño y descanso.

Diagnóstico: *Alteración del Patrón del sueño r/c con el insomnio constante por la noche m/p los pensamientos negativos, la angustia de ya no pensar en un futuro.*

Objetivo: Ayudar a la paciente a la expresión de su enfado de manera adecuada y no violenta.

Actividades de enfermería

- Fomentar alguna lectura de su elección.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad.
- Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que la paciente sea capaz de expresar su molestia de una manera adaptada a las circunstancias.
- Ayudar a la paciente a identificar la causa del enfado.
- Ayudar a la paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado.
- Fortalecer a la paciente para una expresión adecuada del enfado.
- Proporcionar modelos que expresen el enfado de forma adecuada.¹¹
- Revisar su cama, sábanas y almohadas para su comodidad.

Evaluación: Al brindar el apoyo adecuado para que canalizara su enfado, la paciente logró concebir su sueño tranquilo, logró tener una conversación con la persona de manera adecuada y logró hacer que estas comprendieran y aceptaran sus decisiones.

¹¹ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).

Diagnóstico: *Riesgo de caídas r/c dificultad de la marcha, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, falta de antideslizantes y sujeciones en la ducha.*

Objetivo: Garantizar la seguridad de la paciente teniendo control sobre sus movimientos y los factores que potencializan peligros del ambiente.

Actividades de enfermería

- Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas.
- Revisar la historia de caídas con la familia y la paciente.
- Colocar los objetos a su alcance sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Estado de seguridad, brindar ayuda para el traslado de un lugar a otro.
- Sensibilizar para que acepte un asiento de baño elevado para que la transferencia sea más sencilla.
- Apoyar a la paciente a participar en los cambios de posición.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros-
- Desarrollar un protocolo para cambio de posición.¹²

Evaluación: Al identificar cuáles son los riesgos de caídas, se tomaron medidas necesarias para evitar futuros accidentes. De la misma manera se formó un protocolo para que sus principales cuidadores le ayudaran a moverse con ayuda de dispositivos adecuados dentro del hogar.

¹² Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Necesidad: Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Diagnóstico: *Trastorno de adaptación r/c el temor de que criticaran su apariencia ante la presencia de una tumoración m/p por el aislamiento que presenta al no querer salir y conocer más sobre el cuidado.*

Objetivo: La paciente aprende y descubrirá que aunque su edad es avanzada, a diario hay algo nuevo que aprender.

Actividades de enfermería

- Brindar información correcta de un final tranquilo de la vida.
- Ayudar a conocer y descubrir que actividades puede realizar.
- Buscar grupos de apoyo.¹³
- Dar seguridad que lo importante es la persona como es.

Evaluación: Se ha logrado hacer que la paciente y sus familiares tengan una convivencia más próxima, mediante un círculo de lectura que los ayuda a entender la enfermedad.

¹³ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Diagnóstico: *No seguimiento del tratamiento r/c la falta de información exacta sobre el mismo y con la avanzada edad que tiene m/p la paciente manifiesta que no quiere más sufrimiento y que desea terminar en casa.*

Objetivo: Ayudar a la paciente a buscar otras alternativas para poder encontrar una estabilidad y mantener su calidad de vida el tiempo restante.

Actividades de enfermería

- Presentar apoyos que tengan similar situación.
- Buscar grupos de apoyo.
- Ayudar a encontrar algunas alternativas de medicina natural.¹⁴
- Fomentar positivismo en el día a día.

Evaluación: Se logró que sus familiares comprendieran las decisiones de la paciente y se ayudó a encontrar otras alternativas para que si el dolor se agudizaba la paciente encontrara un confort en su partir.

¹⁴ Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.

Conclusiones

La oportunidad de laborar en el asilo me permite estar más pendiente de la persona, saber sus precauciones y dudas acerca de su enfermedad; también aplicando los conocimientos de enfermería teóricos y prácticos, ahora entiendo lo que es un Proceso Atención Enfermería ya que es una herramienta diagnóstica donde se logra encontrar las evaluaciones reales esperadas obteniendo mejores resultados y permitiendo dar un seguimiento continuo del plan de enfermería.

Efectuando un plan de cuidados a la paciente, involucrando a sus hijos y amistades en un tema que aún no tiene mucha investigación.

La teoría de un final tranquilo de la vida todavía no cuenta con un instrumento para poder llevar a cabo una valoración adecuada o firme; es una teoría intermédica que aún requiere de mayor investigación del personal de salud.

Lo importante es que la paciente lograra encontrar una estabilidad emocional y una satisfacción ante la incertidumbre de una enfermedad que está al filo de nuestros caminos.

Ha sido un reto poder guiar a una persona y atenderla, además la satisfacción de vivir una vida de calidad y tranquilidad. Tuve la oportunidad de sentir su último aliento de vida y reconocer que al final de este trabajo se logró los objetivos esperados, solo me queda decir que tuvo un final tranquilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burker, M.L. Eakes G.G. y Harinsworth, M.A., 1999, Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*, 374-387.
2. Modelos y Teorías en enfermería, 7 ed.
3. Marriner, Ann y Raile, Modelos y Teorías de Enfermería. 6ed. Madrid, Elsevier, 2006 P. 77
4. Koziar B. Glenora E; Berman A, Snyder S. ; Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y práctica, 7 ed. Madrid. Mc Graw Hill-Interamericana, 2005.P 5-22. Vol. 11
5. Cohen J.A., Dos retratos de cuidado: Una comparación de la teorías Leninger y Watson. Estados Unidos de América. *Diario de Avances Enfermeros*. 1996.P. 988-996
6. Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2008). *Integrated knowledge development in nursing (7th ed.)*. St Louis: Elsevier-Mosby.
7. Colliere, M.F. Promover la vida. 2ed. Madrid. Mc. Graw. Hill Interamericana. 1993. P.5-17.
8. Ibidem. P. 19
9. Manual de enfermería, 2ed, Colombia. Zamora, 1032-1062.
10. Sandoe P. (1999), Quality of life—Three competing views. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2 (1), 11-23.
11. Ruland, C.M., & Bakken, S. (2001) Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records, *Journal of Cancer*, 30A (9), 1326-1336.
12. Liehr, P. & Smith, M.J. (1999). Middle range theory; Spinning research and practice to created knowledge for de new millennium. *ANS Advances in Nursing Science*, 21 (4), 81-91.

13. Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (de Ruland, C.M., y Moore, S.M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life, Nursing Outlook, 46 P. 174)
14. Marriner T.A; Rallie, A.M; Modelos y Teorías de Enfermería, 6 Ed. Harcourt Brance, 2007, P. 99-112.
15. García G.M. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Progreso. México 2002. P 23.
16. Carpenito L. J. Diagnóstico de Enfermería. 9 ed. United States of America. The point. 1993. P. 13-21
17. Rosales B.S; Reyes G.E; Fundamentos de Enfermería. 3. Ed. México. Manual Moderno. Cap. 6 P. 57
18. Phaneuf M., Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, 1993, Mc Graw- Hill. P. 10-29.
19. Escala de Atenas: es un instrumento psicométrico diseñado para cuantificar la dificultad del dormir basándose en el criterio diagnóstico de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Consiste en 8 ítems que se puntúan de 0 a 3. Los primeros 5 (evaluación de la dificultad de inducción del sueño, despertares nocturnos, despertar temprano, total de duración del sueño y calidad total del sueño); y del contenido de los tres últimos ítems pertenecientes a las consecuencias diurnas del insomnio (problemas sobre la sensación de bienestar, funcionamiento y somnolencia diurna)
20. Bulechek M.G; Butcher H.K; Mc Closkey D.J. Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ed. Elsevier Health, Barcelona 2009.
21. Guillen L.F; Ruipérez C.I. op. Cit; P. 64-76

Anexos

Cambios Fisiológicos en el Adulto Mayor

Sistema Músculo Esquelético

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad, la fuerza muscular disminuye con los años.

La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuyen a la disfunción muscular, la remodelación de tendones y ligamentos se vuelve cada vez más lenta.

Hay disminución en la actividad osteoblástica, reducción del grosor de la cortical, en los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

Sistema Nervioso

Este se afecta de una manera bastante importante con el paso del tiempo, existe pérdida de neuronas no generalizada, el peso cerebral disminuye con la edad, el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo.

Las mayores pérdidas de los grupos de neuronas largas como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales. Los grupos de núcleos del troco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas. Disminuye la densidad de conexiones enlenteciendo al sistema así como la disminución de la mielina.

Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancias P. los receptores de catecolaminas, serotonina y opio se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. La arquitectura del sueño se altera de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Oído y audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de las membranas timpánicas. Pérdida de su elasticidad así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos. Estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

Ojo y visión

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, aparece con frecuencia cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente.

Sistema endocrino

Los cambios en el sistema endócrino tendrían un importante rol en la pérdida acelerada de masa muscular y fuerza que se evidencian en ancianos frágiles. En las mujeres, al momento de la menopausia hay una caída brusca de hormonas sexuales. En los hombres, también se produce una reducción en los niveles de testosterona, aunque es más gradual.

Solo hay tendencia a la formación de adenomas. La ADH se encuentra activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

No hay disminución de la secreción pancreática de insulina, pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción. Con los años la tiroides se vuelve más fibroso y nodular, con los años aumenta a presentar nódulos tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroide.

El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio. Por otro lado calcitonina aunque disminuye su concentración mantiene su actividad.

El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata. Disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantiene en el plasma por decremento de su metabolización.

Sistema Inmune

La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides. Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida.

Estos cambios se traducen en aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidades de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.

Sangre y coagulación

Aunque la anemia se asocia al envejecimiento una inadecuada nutrición y la ausencia de patologías que con lleven a esta condición debería evitar la aparición de recuentos disminuidos de glóbulos rojos por el momento es controversial que la edad percentil está ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina.

El tiempo de protrombina y el TTPK no cambian con la edad. Pero el fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII y el dímero D que se encuentran en valores que alcanzan el doble de los hallados en jóvenes. La VHS puede incrementarse con la edad sin traducir patología.

Sistema Cardiovascular

Es difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años. El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica aumentada del adulto mayor. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio.

A nivel miocardio se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema excitoconductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones y el tejido conductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos.

El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio. Hay disminución de las respuestas de los receptores B a lo cual

contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilato ciclasa del músculo cardíaco.

El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados, pero no se ha objetivado en comunidades rurales del mismo modo.

Sistema Respiratorio

Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro anteroposterior del tórax. Hay aumento de la secreción mucosa de la pared bronquial, disminuye la elastina de la misma así como el colágeno.

La capacidad vital y el VEF disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular en los músculos respiratorios. Todos los cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.

Las principales características del envejecimiento del sistema respiratorio reflejan cambios anatómicos y estructurales a nivel de: el retroceso elástico pulmonar, la distensibilidad de la pared torácica y la fuerza de los músculos respiratorios. El sistema respiratorio alcanza su función máxima, alrededor de los 20 años en las

mujeres y a los 25 años en los hombres. El pulmón humano tiene cerca de 300 millones de alvéolos, cuyo número no se disminuye con el envejecimiento.

Con frecuencia en la mayoría de los ancianos presentan cambios en la forma del tórax, el cual es producido por fracturas vertebrales parciales o completas asociadas con osteoporosis, calcificación de los cartílagos costales-vertebrales, que aumentan la cifosis dorsal y el diámetro antero-posterior del tórax originando el conocido tórax en tonel.

Sistema Renal

La función excretora se cumple mediante la filtración, reabsorción y de secreción de sustancias, con el objetivo de regular su cantidad en la sangre. Entre estas sustancias se cuentan los productos que desechan los tejidos, elementos restantes de la alimentación, fármacos o restos de éstos, toxinas, etc.

La insuficiencia Renal es la incapacidad que tiene el sistema renal para cumplir sus funciones, así en la insuficiencia Renal Aguda, se verá afectada principalmente la regulación de los líquidos y los iones o sales, es una interrupción brusca, pero que a pesar de ser grave es potencialmente reversible. Y en la Insuficiencia Renal Crónica se comprometerán todas las funciones del riñón, es de instalación lenta y progresiva, pero irreversible.

Es un trastorno frecuente en los ancianos y su alta incidencia en esta población se debe:

A los cambios histológicos y funcionales del riñón senil.

La reducida capacidad de esta población para metabolizar las drogas.

La exposición a la polifarmacia.

Y el gran número de enfermedades sistemáticas que la afecta: diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca.

Aparato Digestivo

El aparato digestivo al ser uno de los principales sistemas de mayor interacción con el exterior del cuerpo, es el que más complicaciones patológicas presenta.

El tubo digestivo tiene una gran función: absorbe nutrientes, reconoce alimentos, depura las toxinas y transforma los alimentos para ser aprovechados por todo el organismo. El sistema digestivo cuenta con implicaciones propias del hígado y páncreas, lugar donde se producen hormonas y enzimas para el procesamiento de alimentos y se genera el metabolismo del azúcar.

Empieza a tener múltiples deficiencias enzimáticas de las sustancias que se necesitan para digerir los alimentos y trastornos motores del aparato digestivo que lleva a una alteración en la digestión:

- Intolerancia a la lactosa (la azúcar de la leche) así como otros productos derivados de la vaca como queso, yogurt, esto les causa gran cantidad de gases y diarrea importante.

- Gastritis: es sumamente común, se puede dar en el sentido de que muchos tienen otras enfermedades crónicas y toman muchos medicamentos, haciendo como por ejemplo con la aspirinas que lesiona la mucosa del estómago, y otra es que con los años las paredes del estómago empiezan a disminuir su grosor y se vuelven menos productivas de ácido y con esto cuesta digerir los alimentos que consumen.
- Reflujo. El tono de ciertos músculos y empieza a fallar la válvula de paso entre el estómago y el esófago, causando síntomas extra digestivos como tos crónica, asma, enfermedades bronquiales, el síntoma más común es acidez.
- Síndrome de intestino irritable, con esto se forman muchos gases, puede tener estreñimiento y diarrea, se relaciona con la ingesta de algún tipo de alimento o estrés.
- Estreñimiento. Hay varios factores como los estilos de vida, cambio en la adieta, consumo de poco líquido, falta de ingesta de fibra, además por padecer de enfermedades del colon como problema orgánico.

La Piel

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano. La regulación de la temperatura para mantener la homeostasis es una de sus funciones principales, función que se realiza gracias a una rica red de vasos que la nutren.

Otras Alteraciones

Capacidad aeróbica. Disminuye en los ancianos sedentarios en un 10% por década. Esto se relaciona con declinar del sistema cardiovascular y el descenso de la masa muscular.

Temperatura corporal. Con la edad se produce el deterioro de la regulación de la temperatura y de la capacidad de adaptarse a diferentes temperaturas ambientales.¹⁵

¹⁵ Guillen L.F; Ruipérez C.I. op. Cit; P. 64-76