



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA DEL MIEMBRO PELVICO DERECHO RELACIONADO CON LA DISMINUCION DE LA PERFUSION PERIFERICA Y RIEGO ARTERIAL A CONSECUENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO II.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E N F E R M E R A
P R E S E N T A :
MA. LUISA HERNANDEZ GARCIA

No. DE CUENTA 8650165-9

Handwritten signature/initials



DIRECTORA DEL TRABAJO: LIC. MA. DEL CARMEN SUSANO CABALLERO

Handwritten signature: Lic. del Carmen Susano Caballero

2004

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Comisión de
Seguro Social



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

Para mis hijos con todo mi amor:  
Víctor Hugo, Luis Gerardo y  
Armando Javier, gracias hijos por  
Su apoyo que me han brindado.  
Gracias por todo su amor y cariño  
Que me dan día con día.  
Porque muchas veces tuvimos que  
Prescindir de la presencia mutua  
para el logro de este objetivo.

Para mi esposo con todo mi amor, por que  
siempre ha estado a mi lado apoyándome y  
estimulándome para seguir adelante sin  
reprocharme el tiempo que no estoy en casa  
gracias amor por tu apoyo.

Para mis hermanos porque gracias a  
Su apoyo he llegado a cumplir una  
de mis metas, la cual constituye  
La herencia más valiosa que me han  
Podido dar para continuar con mi  
Superación con admiración gracias

Para mi hermanita: Tere con mucho cariño  
Gracias Tere por que gracias a tu entusiasmo  
Y esfuerzo que has hecho sola sin importar  
los sacrificios que tuviste que pasar para poder  
Lograr tu objetivo. Esto me ha motivado para  
Seguir adelante y poder lograr así el mío  
Gracias hermanita por ser como eres.

Para la Lic. Ma. Del Carmen Susano Caballero  
Por hacerme participe de su paciencia y experiencia  
Profesional muchas gracias maestra sin usted no  
Hubiera logrado este objetivo.

## INDICE

Pag

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA	5
<b>1. MARCO TEORICCO</b>	<b>7</b>
1.1. El proceso de atención de enfermería	
1.1.1 Etapas del proceso de atención de enfermería	9
1.1.1.1. Valoración	
1.1.1.2. Diagnostico	
1.1.1.3. planeación	
1.1.1.4. Ejecución	
1.1.1.5. Evaluación	
1.2. <b>MODELO DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>15</b>
1.2.1. Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson	16
1.2.1.1. La persona y sus 14 Necesidades básica	
1.2.1.2. Salud	
1.2.1.3. Rol profesional	
1.2.1.4. Entorno	
<b>2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>25</b>
2.1. Presentación del Caso	
2.2. <b>Valoración de enfermería</b>	<b>25</b>
2.2.1. Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e Hidratación, Eliminación, Moverse y mantener buen	
3.2.2. Necesidades básicas de: Descanso y sueño, Usar Prendas de Vestir Adecuadas, Termorregulación.	
3.2.3. Necesidades básicas de: Higiene y Protección de la piel, Evitar los Peligros, Comunicación.	
3.2.4. Necesidades básicas de: Vivir según sus creencias y valores, Trabajar y realizarse, Jugar y participar en actividades recreativas, Aprendizaje.	

**2.3. Diagnósticos de enfermería por necesidad.-----32**

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y Mantener 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 los peligros.
10. Necesidad de Comunicación.
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.

**2.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y VALORACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.-----36**

- 2.4.1. Diagnostico de enfermería (1)
- 2.4.2. Diagnostico de enfermería (2)
- 2.4.3. Diagnostico de enfermería (3)

**3. PLAN DE ALTA.-----46**

- 3.1. Necesidad de Oxigenación.
- 3.2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- 3.3. Necesidad de Eliminación.
- 3.4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.
- 3.5. Necesidad de Descanso y Sueño
- 3.6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.
- 3.7. Necesidad de Termorregulación.
- 3.8. Necesidad de Higiene y protección de la Piel.
- 3.9. Necesidad de Evitar los peligros.
- 3.10. Necesidad de Comunicación.
- 3.11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.
- 3.12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 3.13. Necesidad de Jugar/Participar en Actividades Recreativas.
- 3.14. Necesidad de Aprendizaje.

<b>4. CONCLUSIONES.</b>	<b>50</b>
<b>5. GLASARIO</b>	<b>53</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 1. LA Diabetes no dependiente de insulina.</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO 2. Anatomía y Fisiología (del miembro afectado).</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 3. Patología (ulceras de los pies y problemas articulares).</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 4. Crecimiento y Desarrollo del Adulto Mayor.</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 5. Cambios Psicológicos que sufre el adulto mayor.</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 6. Antecedentes Históricos de Enfermería.</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 7. Fundamentos Sociohumanísticos y Legales que Apoyan las Acciones de Enfermería y el Derecho a la Salud de los pacientes.</b>	<b>72</b>

## INTRODUCCIÓN

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería fue realizado en el Hospital General José Morelos y pavón del ISSSTE en el servicio de Medicina Interna al paciente C.A. J. con diagnóstico **deterioro de la movilidad física del miembro pélvico derecho relacionado con la disminución de la percusión periférica y riego arterial, manifestado por disminución de los pulsos, pies pálidos, fríos, uñas gruesas y frágiles y tumefacción.**

Se integro de forma individual, sistemática y organizada con bases teóricas y científicas los cuidados de enfermería que se deben proporcionar de acuerdo a sus necesidades, basándose en el modelo de Virginia Henderson.

A través de este Proceso de Atención de Enfermería se busca integrar toda una serie de investigación bibliográfica exhaustiva que sirva para estudiar el caso en forma integral, identificando el aspecto físico, psíquico, social, psicomatico y el entorno en que se mueve con una esencia holística con el fin de brindarte una mejor atención de enfermería.

Se va aplicando paso a paso el Proceso de Atención de Enfermería. Esto nos permite identificar y proponer alternativas de solución a los problemas reales y potenciales, así como definir los fenómenos de la salud, la vida y la muerte con un enfoque holístico hasta lograr un equilibrio óptimo de independencia.

Para continuar el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería se inicia con la a presentación del caso clínico, la valoración de enfermería conclusión diagnostica de enfermería el plan de cuidados hospitalarios los objetivos y las acciones de enfermería con su Fundamentación y por ultimo la evaluación.

El método científico sirve para proporcionar cuidados de enfermería de calidad a la persona sana o enferma para que cobre su independencia lo más pronto posible.

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia. Sin embargo, en este contexto el arte es más que un enfoque lineal estático, supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo, una cualidad emocional que guía la transformación del material en arte, pero se refuerza el papel de la inteligencia o del pensamiento.

Así el arte aplicado a enfermería, es una forma de interrogación cualitativa que extrae su esencia de la intuición estética, Isabel M. Stewart calificaba a menudo como un arte. Hacía hincapié en que la enfermera como "verdadera artista" era esencial para el progreso de la profesión, algo más que un oficio altamente calificado.

La verdadera esencia de la enfermería, como cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible la comprensión inteligente que subyace a estas técnicas y habilidades. Sin ello, la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. La herencia de la enfermería es rica, su historia es un relato de descubrimiento que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación.

La enfermería es un arte; y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de DIOS?. Es una de las bellas artes; casi diaria, la más bellas de las Bellas Artes.

Para complementar esta reflexión la enfermera le agrega su propia esencia de la experiencia, hace suya la acción de servir y le da vida, hasta crear un verdadero arte humano, para el ser humano.

El arte no puede ir desvinculado de la ciencia, por lo que para darle un enfoque científico al presente trabajo, se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva del Proceso de Enfermería aplicando las aportaciones de Virginia Henderson para crear un marco de referencia en la atención de un paciente.



## JUSTIFICACION

Al elaborar el Proceso de atención de Enfermería a un paciente con fines de titulación ayuda a incrementar los conocimientos adquiridos durante la carrera ya que se fomenta el interés por la investigación pues toda la información debe estar planeada y dirigida hacia metas que incrementen los conocimientos, el desarrollo ético y profesional, y tener un pensamiento reflexivo y crítico para tratar de solucionar los problemas de salud que tenga en ese momento el individuo ya sea sano o enfermo.

Los cuidados de enfermería deben de estar de acuerdo con sus necesidades básicas logrando la calidad y cantidad de los mismos y si lograr su independencia total. Teniendo al final un plan de atención de enfermería del Proceso de Atención de Enfermería de este paciente en especial y por la importancia que este tiene se decidió aplicar a un paciente con úlcera en el miembro pélvico derecho.

## **OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar atención de enfermería a los problemas reales y potenciales de un paciente con alteración de la movilidad física del miembro pélvico derecho, a través de la aplicación de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson, para favorecer su independencia y satisfacción de sus necesidades durante la hospitalización para remediar o disminuir los problemas que se identifiquen en los diagnósticos de enfermería.

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

- Agregar los conocimientos científicos relacionados con su enfermedad basándose en todas las complicaciones y alteraciones observadas.

## **1.,MARCO TEORICO**

### **1.1 proceso de Atención de Enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidado de Enfermería eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

La finalidad es la identificación de las necesidades de salud reales o potenciales del paciente estableciendo un plan de actividades con el objeto de resolver las necesidades detectadas para actuar en la forma más específica, asegurando la calidad en los cuidados de enfermería.

Para el paciente tiene las siguientes ventajas:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Características:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área
- Especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. sus fases pueden utilizarse
- Sucesiva o conjuntamente.

- Tiene una base teórica, el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que
- Incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### **Beneficios del Proceso de Atención de Enfermería**

- El proceso atención enfermería promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera par realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras.
- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales, reduciendo la estancia hospitalaria.
- Crea un plan con un coste efectivo, tanto en sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos, diseñados para:
- Mejorar la comunicación, previene errores, omisiones y repeticiones.
- Dejar < un rastro de papel>, que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.
- Previene que los clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.
- Adapta las intervenciones del individuo, (no a la enfermedad).
- Ayuda a: - Los pacientes y personas significativas a darse cuenta de que sus aportaciones son importantes.
- Las enfermeras a tener la satisfacción de obtener resultados.

Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Es organizado y sistemático por que costa de cinco pasos los cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

## **1.1.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

A continuación se describe brevemente cada una de las actividades que se efectuarán dentro de cada etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

### **1.1.1.1 Valoración**

La fase de valoración consiste en recolectar y ordenar los datos más relevantes que nos indiquen el estado de salud del paciente para poder determinar sus capacidades o grado de dependencia y sus necesidades.

Se define como el proceso organizado y sistemático para la recopilación y procesamiento de los datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia .

Desde el punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Estos criterios se apoyan de:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas)

Métodos para obtener datos:

A ) Entrevista Clínica:

B ) La observación:

C ) La exploración física :

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

#### 1.1.1.2 Diagnóstico:

Es un juicio clínico que describe las respuestas humanas sobre los problemas reales o potenciales del paciente que requiere de la intervención independiente de enfermería o en determinado momento con la intervención de un médico u otro profesional de la salud, con el propósito de resolverlo o disminuirle el problema.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación. Mediante el análisis de la información obtenida por cada necesidad se establece un diagnóstico el cual debe ser confiable y basado en la realidad.

El diagnóstico está formado por tres partes: el problema, la etiología y los signos y síntomas.

El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos /síntomas (S).

Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similares.

Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología /factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

### 1.1.13 Planeación.

En esta fase se trata de establecer y anotar el plan de cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y estableciendo prioridades que vayan orientadas a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Y el logro de objetivos fijados.

Etapas en el Plan de Cuidados:

**Establecer prioridades:** en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad a veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos..

Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

**Planteamiento de los objetivos** del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y / o de la familia como por parte de los profesionales.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y / o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia / comunidad.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y / o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y la evaluación

#### **1.1.1.4 Ejecución.**

Es el momento de proceder a dar la atención de los cuidados de enfermería como se planeo y deben participar en el plan de cuidados

\*El paciente y los familiares siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos.

Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.



La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Tipo de actividades de enfermería.

**Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

**Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

**Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema /diagnóstico posibles.

Las actividades estarán basadas en cuidar, comunicar, educar, asesorar, actuar como para el mejor cambio, conducir, y controlar las intervenciones en principios científicos en la documentación aceptada y el modelo elegido.

### 1.1.1.5. Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

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 se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer, en "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería las siguientes áreas:

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

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente.

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

La información que se obtiene, mientras se realiza la atención, puede usarse como prueba para la evaluación del logro de los objetivos del paciente y la enfermera. Además la evaluación nos va a servir para ver hasta que punto el plan ha sido efectivo o para determinar si es necesario modificar el plan de cuidados o finalizar el trabajo.

## 1.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, se interesó durante la primera guerra mundial por la enfermería, por lo que en 1921 se graduó de enfermera en la Escuela de Enfermería de Washington, y empezó a dar clases un año más tarde en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature Of Nursing*, en la que define la función propia de la enfermería como:

**"Como la única función propia 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 ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.**

A partir de esta definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson, que como marco conceptual, son aplicables en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

## **1.2.1 Conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.**

### **1.2.1.1 La persona y sus 14 necesidades básicas**

La persona se configura como "un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacerse para lograr mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

"Henderson considera estas necesidades comunes en todos los individuos":

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

- **Necesidad de oxigenación.**

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, alineación corporal, talla (relación talla, peso), nutrición hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardiaca, función respiratoria y estado de la red vascular(arterial y venoso).

Psicológicos: emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, entre otros) ansiedad , estrés, inquietud, irritabilidad.

socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje , como el estilo de vida, habito de fumar),entorno físico próximo(trabajo, casa, habitación, hospital) entorno físico de la comunidad(altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

- **Necesidad de nutrición e hidratación**

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.

Psicológicos: emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida.

socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor y olores ), entorno físico lejano (clima temperatura) religión trabajo( horario de tiempo disponible entre comida, comer solo o acompañado)

- **Necesidad de eliminación.**

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio.

Psicológicos: emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo..

Socioculturales: organización social (servicio público, cumplimientos de normas de salubridad), estilo de vida, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes aspectos culturales condicionantes).

- **Necesidad de moverse y mantener una buena postura.**

Factores que influyen es esta necesidad:

Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).

Psicológicos: emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizaje, raza, valores creencias, costumbres, rol social, organización social, tiempo, dedicado a la actividad, ejercicio, hábito óseo, trabajo entorno físico lejano (clima temperatura y altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

- **Necesidad de descanso y sueño**

Factores que influyen es esta necesidad

Biofisiológicos: edad, ejercicio, alimentación e hidratación.

Psicológicos: estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo hipnograma (características del sueño de la persona).

Socioculturales: influencias familiares y sociales(prácticas culturales, hábitos, aprendizaje), trabajo entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo).

- **Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.**

Factores que influyen es esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, desarrollo psicomotor, talla, tipo de actividad.

Psicológicos: emociones (alegría, tristeza e ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.

Socioculturales: influencias familiares(hábitos de aprendizaje), status social, trabajo cultural(modas, pertenencia de un determinado grupo social, actitudes de reserva o pudor), creencias(uso de color negro para expresar el duelo),religión significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat) entorno lejano (clima, temperatura, medio rural-urbano)

- **Necesidad de Termorregulación**

Factores que influyen es esta necesidad

Biofisiológicos: edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos cardiacos.

Psicológicos: ansiedad y emociones.

Socioculturales: entorno físico próximo,(casa, lugar de trabajo, y habitación), entorno físico lejano(clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica, status económicos.

▪ **Necesidad de higiene y protección de la piel.**

Factores que influyen es esta necesidad

Biofisiológicos: edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.

Psicológicos: emociones, estado de animo, auto imagen, psicomotricidad,

Socioculturales: cultura, educación, corrientes sociales, modas, (productos de belleza), organización social, (casa, lugar, de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizaje), ambiente lejano, 8clima, temperatura ambiental).

▪ **Necesidad de evitar los peligros.**

Factores que influyen es esta necesidad

Biofisiológicos: edad, etapa de desarrollo, mecanismos de defensa, fisiológicos ( Termorregulación , sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.

Psicológicos: mecanismos de defensa, método de afrontamiento, competencias.

Personales, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de animo.

Socioculturales: sistema de apoyo familiar y social, cultural, religioso, educación, status socioeconómico, rol social, y estilo de vida, organización social, entorno lejano(clima, temperatura, humedad, ruido), entorno próximo( iluminación, mobiliarios y ruidos).



- **Necesidad de comunicación.**

Factores que influyen es esta necesidad

Biofisiológicos: integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.

Psicológicos : inteligencia, percepción, memoria, conciencia, (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto y pensamiento.

Socioculturales: entorno físico próximo,( persona, lugares), este entorno físico lejano( vías de acceso, vivienda aislada), status social, rol nivel educativo, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje, valores y creencias de la familia o grupo social), profesión.

- **Necesidad de vivir según sus creencias y valores.**

Factores que influyen es esta necesidad.

Biofisiológicos: edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.

Psicológicos: emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia percepción puntual del entorno, (catástrofe y enfermedades).

Socioculturales: cultura, religión, creencias, (sentido de vida y muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideas personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales, ( hábitos, aprendizaje, patrones de estructura de comunidad).

- **Necesidad de Trabajar y realizarse**

Factores que influyen es esta necesidad.

Biofisiológicos: : edad y etapa de desarrollo, constitución capacidades físicas.

Psicológicos: emociones, personalidad de base inteligencia y estado de animo.

Socioculturales: influencias familiares y sociales ( hábitos y aprendizaje, valores, creencias, demandas sociales ) cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo específico y satisfactorio.

- **Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.**

Factores que influyen es esta necesidad.

Biofisiológicos: : edad y etapa de desarrollo, constitución capacidades físicas

Psicológicos: madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, estado de animo y autoconcepto.

Socioculturales: cultura, rol social(trabajo y ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje, estructura de recursos y servicios) estiló de vida.

- **Necesidad de Aprendizaje.**

Factores que influyen es esta necesidad.

Biofisiológicos: : edad y etapa de desarrollo, capacidades físicas.

Psicológicos: emociones. Capacidad intelectual, motivación(significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre si mismo) carácter( activo pasivo) estado de animo.

Socioculturales: educación nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales,( hábitos y aprendizajes, ambiente estructura social) raza, religión, creencias de salud, relacionados con el sexo masculino o femenino.

La información se organiza a través de los criterios de valoración a partir de las 14 necesidades de Virginia Henderson, considerando como **datos subjetivos**, los que proporciona el paciente durante el interrogatorio y como **datos objetivos** los que se obtienen mediante la observación, exploración física, interrogatorio y entrevista con el paciente y la familia con el propósito de comparar y ratificar lo que se observa con lo que realmente dice el paciente, así los datos que se poseen serán más reales y completos..

### 1.2.1.2. Salud

A partir de la interacción de las diferentes necesidades se puede determinar su grado de independencia o dependencia y la causa de la dificultad que deberá ser valorada para planificar las intervenciones de enfermería determinando si su dependencia es temporal o permanente.

**Independencia:** la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus Necesidades Básica, es decir llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Dependencia :** incapacidad o limitación para realizar actividades que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las 14 Necesidades Básicas.

**Causas de la dificultad del problema:** son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y pueden estar dadas por falta de fuerza( tanto física, emocional psíquicas y su capacidad intelectual), falta de conocimientos ( relativos a la propia salud, la situación de la enfermedad, el autoconocimiento y los recursos propios y ajenos disponibles) y la falta de voluntad.

### 1.2.1.3. Rol Profesional.

Los cuidados básicos de enfermería individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad son acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de sus funciones propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificada en el.

Debe haber una cooperación reciproca y sin obstaculizar el desempeño de sus funciones entre la enfermera y el equipo multidisciplinario de salud para poder planificar y ejecutar un programa global con la finalidad de mejorar la salud del paciente su restableciendo o para evitar sufrimientos en la hora de la muerte.

#### **1.2.1.4 Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y desarrollo de un organismo como pueden ser los factores: socioculturales, psíquicos, psicosomático, y el entorno físico (la familia, grupo, cultura, aprendizaje y factores ambientales).

El Modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que la meta es apoyar y ayudar al individuo a conseguir su independencia total en la satisfacción de sus necesidades, lo más rápidamente posible por él mismo de acuerdo con sus propias capacidades y con los recursos que se disponga.

#### **1.2.1.4. Estructura del Modelo de Atención de Virginia Henderson.**

La estructura que se considera en el modelo de Virginia Henderson para elaborar el plan de cuidados es el siguiente:

- 2 La causa.
- 3 La manifestación.
- 4 El diagnóstico de Enfermería.
- 5 El objetivo.
- 6 Las intervenciones de enfermería.
- 7 La evaluación.

En cada una de las fases se consideran las 14 necesidades de Virginia Henderson propuestas tomando en cuenta las que presenta el paciente según el estado de salud o enfermedad que presente en ese momento.

## 2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El señor C.A.J.M. de 68 años de edad que ingresa al Hospital el día 22 de julio de 2000, Varón diabético no insulino dependiente desde hace 7 años que acude al servicio de urgencias del hospital del ISSSTE, con una úlcera que no cicatriza desde hace 4 semanas de duración en el miembro pélvico derecho por tal motivo es ingresado inmediatamente al servicio de Hospitalización de Medicina interna. Al llegar al servicio se le realiza dextrostix con tiras reactivas dándonos un resultado de 280mg, en sangre, y en orina del 1% de azúcar. Inmediatamente se le detecta necrobiosis en el miembro pélvico derecho por lo que se programa para realizarle una debridación de tejido necrótico el día 23 de julio del 2000.

Actualmente se encuentra a la exploración consciente alerta y activo aparentemente tranquilo con mucosas orales hidratadas con palidez de tegumentos dolor punzante de intensidad al momento de la palpación en el miembro afectado no hay náuseas y vómito., abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación con ruidos intestinales activos en sus cuatro cuadrantes. Con escasa cantidad de drenaje en el apósito bordes de la úlcera rosados no existe olor, la úlcera presenta signos precoces de cicatrización y sin datos de infección.

Se encuentra con tratamiento, insulina NPH 15 UI SC, cada mañana  
Curación del miembro ulcerado tres veces al día (cubrir el miembro afectado con un apósito seco y estéril).

Signos vitales tres veces al día.

Con esquema de antibióticos (Dicloxacilina un gramo IV cada 6 hrs,

Metronidazol 500mg cada 8 hrs. Nubain antes de cada curación

Dipirona o paracetamol en caso de dolor una tableta.

Dieta de 2400 calorías repartidas en tres comidas y dos tentempiés; así como con signos vitales de: T/A : 130/90, FC:88, R: 22, T: 36.8°C.

## **2.2 Valoración de Enfermería**

C.A.J.M- masculino de 68 años de edad nacido en el estado de Puebla el 8 de junio de 1932 con un peso de 65.5kg, y una talla de 1.56m, casado desde hace 49 años de raza indígena con ocupación empleado analfabeta quien ingresa al Hospital el día 22 de Julio de 2000 a las 22hrs. Obteniendo la información por interrogatorio directo y con el apoyo de su esposa e hija con quienes lleva una buena relación familiar.

### **2.2.1 Necesidades básicas de: Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación, moverse y mantener buena postura.**

#### **a).- Oxigenación**

Refiere que empezó a fumar desde los 18 años de edad de 8 a 10 cigarrillos últimamente ya no fuma, tiene el habito del alcohol refiere que de vez en cuando, presenta ocasionalmente disnea cuando sube escaleras, a la auscultación presenta algunos roncus claros con la tos. Extremidades se encuentran pies fríos restos calados, color de la pie piernas pálidas con un llenado capilar lento en ambos pies, venas superficiales algo dilatadas en ambas pantorrillas, uñas delos pies gruesas, amarillas y frágiles, color en general de membranas y mucosas rosadas. Con signos vitales: FC:88, FR: 22, T:36.8T/A:130/90.

Esta consiente orientado en tiempo, espacio y lugar su piel y lechos unguales pálidos, conjuntiva y esclerotica blancas.

#### **b).- Nutrición e hidratación**

Su dieta habitual es adecuada en calidad pero excesiva en cantidad (ocasionalmente hace trampas en el postre pero su familia lo controla). Patrón tres comidas y un tentempié dietético desayuno: jugo de frutas/tostada/jamón/café. Comida : carne/vegetales pasta/ frutas / en vez de agua leche. Cena: sanwich7 sopa fruta y café. Tentempié: leche/ galletas y agua natural. Su esposa prepara la comida lo cual le agrada mucho.

Estado de los dientes prótesis parcial superior con buen acoplamiento, encías buenas sin problemas de hemorragia, se le da una dieta de 2500 kcales, repartida en tres comidas t 2 tentempiés. Ahora tiene que controlar la comida que come fuera de casa.

### ***c).- Eliminación***

Tiene abdomen blando no presenta ninguna masa palpable, perímetro abdominal normal, ruidos intestinales activos en sus cuatro cuadrantes. No hay presencia de hemorroides no hay problemas de vejiga ni de riñón orina 3litros al día la orina es amarillo pálido y de olor normal no hay molestias al orinar solamente al defecar últimamente estreñimiento. Inicia vida sexual activa a los 18 años de edad con una sola compañera hasta la fecha.

### ***d).- Moverse y Mantener Buena Postura***

Dentro de la rutina diaria tiene la capacidad física para levantarse lavarse los diente, cambiarse de ropa y últimamente antes que apareciera su úlcera salía corriendo al trabajo. En sus tiempos libres ayuda a su esposa en el hogar. Actualmente siente los pies fríos y hormiguean cuando camina mucho. Estado del sistema músculo-esquelético: normal fuerza: Igualdad / firmeza bilateral. Postura: erecta. Apoyo para la deambulación: el miembro pélvico derecho presentando dolor al apoyarlo. Y con el movimiento: . No hay presencia de temblores. Estado de conciencia: alerta y activo. Estado emocional: interesado. Con un grado de movilidad completo.

## **2.2.2 Necesidades básicas de: Descanso y Sueño, Usar Prendas de Vestir Adecuadas, Termorregulación.**

### **a).- Descanso y Sueño**

Sus momentos de descanso al día son 2 a 4 hrs por la tarde cuando esta muy cansado las ocupa para ver televisión o recostarse un rato. Para entretenerse escucha el radio ocasionalmente. Acompaña a su esposa al mercado o ayuda en los quehaceres domésticos, Actualmente en el hospital no cuenta con tele ni radio y tampoco se le nota interés por querer escucharlos se observa triste y preocupado por que teme perder su miembro afectado.

Se duerme con facilidad antes de dormir le gusta leer un libro o jugar las cartas

Estado mental: no presenta ansiedad ni /estrés/ su lenguaje es alerta/ activo, orientado en el Tiempo, espacio, lugar y respeto a las personas. Tranquilo, claro /coherente. No presenta ojeras: Sí presenta bostezos bien centrado no es apático no presenta cefaleas tiene respuestas a estímulos: Se siente descansado al despertar.

### **b).- Usar Prendas de Vestir Adecuadas**

Viste sencillo y limpio de acuerdo a su edad, si tiene capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: el mismo elige su ropa se cambia cada tercer día, no tiene prejuicios religiosos ni su estado de animo influyen para seleccionar su ropa. No le gusta estar muy abrigado solamente con la suficiente ropa muy bien y cómodamente que le haga sentir.

### **C).- Termorregulación**

Características de la piel: buena correosa (envejecida y endurecida. Transpiración buena. Condiciones del entorno físico: bueno No hay manifestación de hipertermia ni problemas de garganta se mantiene con una temperatura de 36:8°C. No le gusta estar muy abrigado solamente con la suficiente ropa que le haga sentir muy bien



### **2.2.3 Necesidades básicas de: Higiene y Protección de la Piel, Evitar los Peligros, Comunicación.**

#### ***a).- Higiene y Protección de la Piel.***

El baño en su casa es normalmente todos los días cuando no en las mañanas en las tardes, pero ahora en el hospital se baña todos los días en las mañanas para que después se le realicen sus curaciones

Aspecto general limpio, afeitado, pelo corto, manos asperas y secas, aunque su cuero cabelludo y cejas presentan resequeidad tipo escamosa de color blanco no utiliza desodorante por el motivo se percibe Olor corporal: fuerte. No presenta lesiones dérmicas: Úlcera en la parte del dorso superior del miembro pélvico derecho de 3 cm de diámetro, aproximadamente 2.5mm. de profundidad: pequeña cantidad de secreción color crema / material rosado, se nota un olor fétido.

#### ***b).- Evitar los Peligros***

Los miembros que componen su familia son esposa e hijos siempre reacciona tranquilo ante una situación de urgencias y peligro. También conoce las medidas de protección de accidentes en el hogar el peligro que representa una cisterna, gas, armas punzo cortantes, el agua caliente y la electricidad. En su trabajo llegó a caerse en una ocasión con el piso resbaloso, y se cortó con un vidrio. No realiza control periódico de la salud y últimamente sí. El trata de estar siempre tranquilo, acepta utilizar lentes porque le dan seguridad, y los necesita

Durante la entrevista al paciente condiciones del ambiente, tranquilas y agradables. Tiene problemas de la visión: usa lentes por lo que procuran tener el piso limpio de su casa sin objetos punzo cortantes, no anda descalzo, aunque en ocasiones usa zapatos demasiado justos, lo que le provocó la úlcera. Alteración de la piel en el miembro pélvico derecho, por lo que también se protege en el trabajo de lesiones en los miembros inferiores y dérmicos en general. No tiene cuidado con el corte de uñas. Se apoya en pie derecho con molestias.

### **c).- Comunicación**

Tiene facilidad para comunicarse con otras personas significativas: especialmente con su familia siempre habla tranquilo y coherente y tiene facilidad de palabra. No le gusta quedarse con dudas pregunta todo lo relacionado con su salud.

Se observa preocupado por su trabajo y las actividades que acostumbra a realizar y que ahora se encuentran suspendidas por su enfermedad.

Habla con tristeza porque dice que si el hubiera sabido el peligro que representa el no atenderse a tiempo el problema de salud que uno tiene nada de esto hubiera pasado. Y suspira con tristeza.

## **2.2.4. Necesidades básicas de: Vivir según sus Creencias y Valores, Trabajar y Realizarse, Jugar y Participar en Actividades Recreativas, Aprendizaje**

### **a).- Vivir según sus creencias y valores**

Su religión, no influye en su forma de vestir, permite el contacto físico durante la exploración, Conserva objetos de ciertos valores y creencias religiosas; como su firme creencia en la Virgen de Guadalupe Valora la vida, a su familia, a sus hijos y todas las cosas buenas. Tiene la Sensación que puede controlar la mayoría de las cosas excepto su diabetes actual". Y el problema de su úlcera en el miembro pélvico derecho Estado emocional trata de mantenerse calmado.

### **b).- Trabajar y realizarse**

Se levanta a las 5 de la mañana para irse a su trabajo, siente que su trabajo no es muy pesado y le agrada hacerlo le gusta realizar todo lo bueno para el y su familia Le interesa continuar trabajando y mejorar sus condiciones de trabajo para mejorar su ingreso económico.

**c).- Jugar y Participar en Actividades Recreativas**

Integridad del sistema neuromuscular tiene piel alterada en el miembro pélvico derecho Rechaza las actividades recreativas; Actualmente le agradaría hacerlo pero siente que se puede lastimar

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido y en ocasiones: Participativo fuerza general: dolor sordo en pie derecho. Todo lo demás firme. Con buen grado de movilidad

**d).- Aprendizaje**

Estudio solamente hasta cuarto año de primaria no pudo estudiar mas pero si le gusta aprender todo lo que siente que es importante.

Le interesa aprender todo lo relacionado con su enfermedad aprende acerca de la aplicación de la insulina y el tipo de dieta que debe llevar estando en su hogar también el cuidado que debe darle a sus pies en el futuro para que no le vuelvan a salirle úlceras en los mismos emprendió que es muy importante llevar una dieta adecuada y que no tiene que hacer trampas en la dieta por su bien.

## **2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA POR NECESIDAD**

### **1.- Necesidad de Oxigenación**

Piel, alterada, atribuido a la presión, alteración del estado metabólico, deterioro circulatorio y disminución de la sensibilidad manifestada por la úlcera supurante en el miembro pélvico derecho.

### **2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.**

Déficit de auto alimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en el miembro pélvico derecho y las restricciones dietéticas al que esta sometido manifestando ingestión inadecuada de alimentos hospitalarios palidez de las conjuntivas.

### **3.- Necesidad de Eliminación**

Dificultad para la defecación, relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de fuerza en el miembro pélvico derecho y la resistencia manifestada por la tensión muscular.

### **4.- Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura**

Estado en el cual la persona posee el riesgo de experimentar debilidad manifestada por quejas de dolor punzante con el movimiento y la fuerza ( en el miembro pélvico derecho), y la falta de a la actividad en un inicio fuerza y resistencia disminuida para moverse , realizar ejercicios , trasladarse y deambular requiriendo el apoyo de otras personas.

## **5.- Necesidad de Descanso y Sueño**

Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado con el malestar en el miembro afectado y la incomodidad de las rutinas hostiarias evidencia de insomnio en las noches y duerme durante el día se siente cansado y irritable preocupado por que le interrumpen el sueño.

## **6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.**

Insatisfacción relacionada al tipo de ropa impuesta por la institución, manifestada por comentarios de incomodidad y rechazo de la ropa normativa, sustituyéndola por la ropa que le proporcionan sus familiares y mantiene así un aspecto satisfactorio.

## **7.- Necesidad de Termorregulación.**

Estado en el cual la temperatura del organismo del paciente, es ineficaz debido a la ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima manifestado por percepción de mucho frío.

## **8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel**

Déficit de autocuidado en la higiene de los pies relacionado a la intolerancia ala actividad y la alteración al estado de animo manifestado por miedo por miedo por la disminución de la fuerza en el miembro pélvico derecho para poder trasladarse al baño para bañarse todo el cuerpo por el mismo.

Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionada con la disminución de perfusión tisular.

## **9.- Necesidad de evitar los peligros**

Alto riesgo de la lesión por afectación de la movilidad y marcha inestable relacionada a la fuerza limitada y el control por alteración en el miembro pélvico derecho, necesidad de ser ayudado para moverse, trasladarse y la ambulación

## **10.- Necesidad de Comunicares**

.Manifiesta miedo angustia y tristeza relacionada con la probabilidad de la amputación del miembro pélvico derecho.

Déficit de comunicación debido a la mala interpretación de la información, relacionada con el duelo de poder perder o llegar a la amputación de su miembro pélvico derecho afectando pérdida de la función normal de al ambulación y los cambios en el estilo de vida, por la hospitalización manifestada en un principio por la negación, tristeza, irritabilidad la necesidad de comunicarse para satisfacer las necesidades básicas.

## **11.-Necesida de Vivir Según sus Creencias y Valores.**

Angustia espiritual expresa preocupación por él, su familia, el significado de la vida el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de movimiento por su enfermedad.

## **12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.**

Alteración del desempeño del rol familiar en relación con sus actividades diarias y los cambios y en los patrones usuales de responsabilidad manifestada, alteración en la fuerza del miembro pélvico derecho por la úlcera supurante.

Conflicto en las actividades rutinarias por lo prolongado se su hospitalización manifestada por la preocupación ansiedad enojo por no poder hacer sus labores como antes.

### **13.- Necesidad de Jugar /Participar en Actividades Recreativas**

Déficit de las actividades recreativas experimentadas por una disminución de la fuerza en el miembro pélvico derecho.

Estado en el cual el individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o su comportamiento de forma propia con el cambio en el estado de salud y falta de fuerza hacia la independencia.

### **14.- Necesidad de Aprendizaje**

Alto riesgo de alteración de mantenimiento de la salud en relación con el conocimiento insuficiente del problema principal de su enfermedad de las posibilidades terapéuticas y de la convivencia de la modificación de su conducta por que no sentía interés en modificarla.

Control ineficaz del régimen terapéutico relacionado con el déficit de conocimientos en relación a su enfermedad.

## 2.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

---

### 2.4.1. Diagnostico de Enfermería.( 1 )

**Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con la disminución de la perfusión tisular, alteración del estado metabólico, deterioro circulatorio y disminución de la sensibilidad por la úlcera supurante en el miembro pélvico derecho.**

#### **F.**

La circulación ineficaz del miembro afectado produce un estado en el que experimenta una amenaza real o potencial en el estado de salud con relación a la incapacidad para moverse de forma eficaz, debido a la alteración del estado metabólico y circulatorio.

El estado metabólico varía con relación a la cantidad de oxígeno disponible. Cuando la cantidad de oxígeno es insuficiente las funciones celulares se alteran. También cuando el flujo circulatorio disminuye más allá de ciertos límites produciendo edema de las extremidades afectadas.

La circulación inadecuada de los tejidos provoca dolor intenso en los músculos afectados y produce sensaciones de hormigueo y escozor con el tiempo, pérdida de la sensibilidad.

Cuando hay lesión tisular (después que se produce una lesión local en el organismo aparece un breve periodo de vasoconstricción, seguida por una disminución de la irrigación sanguínea en el sitio afectado).



## Objetivo

Identificar gérmenes patógenos y el padecimiento fundamental.

de elección.

F.

La identificación de gérmenes patógenos mediante un cultivo del drenaje de la úlcera en el momento de la admisión ayuda para identificar el motivo de la infección o también para saber la enfermedad causante del problema de salud.

A.

Obtener cultivo del drenaje de la úlcera en el momento de la admisión

F.

Es importante identificar el germen causante de la infección para poder dar el tratamiento

A.

Administración de Dicloxacilina(500mg IV o VO).

F.

el la absorción de los fármacos por lo que se necesita una programación de las comidas. La Dicloxacilina es un antibiótico potente que actúa contra estafilococos productores de penicilinasa, ya que se absorbe rápidamente después de su ingestión. Puede presentar reacciones alérgicas por tal razón hay que observar la aparición de signos de hipersensibilidad (prurito, urticaria erupción).

El tratamiento oportuno de la infección previene las complicaciones. Los alimentos interfieren

A.

Baño del pie a temperatura ambiente con agua estéril y solución de isodine tres veces al día.

F.

El isodine tiene un efecto germicida local eficaz para úlceras superficiales.

A.

Colocar un apósito estéril en la úlcera.

F.

El apósito mantiene la úlcera limpia y disminuye las infecciones cruzadas.

A.

Administración 15 UI de insulina NPH sc, cada mañana después de la extracción diaria de sangre para laboratorio.

F.

El tratar la enfermedad fundamental reduce la hiperglucemia y promueve la cicatrización.

**Evaluación:** El objetivo se logró en su totalidad gracias a la cooperación del paciente y sus familiares, esto facilitó las acciones y el tratamiento. Y su más rápida recuperación.

Logramos la corrección del estado metabólico indicado por la presencia de azúcar en sangre.

Los antibióticos se le están aplicando principalmente para evitar la infección y prevenir las complicaciones.

Los tejidos de la úlcera viables con principios de signos de cicatrización.

#### 3.4.2. Diagnóstico de Enfermería. ( 2 )

**Perfusión tisular periférica, alterada debido a la disminución del riego arterial, manifestado por la disminución de los pulsos, pies pálidos/fríos uñas gruesas y frágiles tumefacción/ hormigueo de los pies cuando camina mucho.**

F.

Hay una disminución del flujo sanguíneo. Cuando el flujo circulatorio disminuye más allá de ciertos límites se puede producir edema.

Cuando la piel está expuesta al frío la disminución del flujo sanguíneo puede afectar la nutrición celular.

## **Objetivo**

**Identificar el grado de disminución del riego arterial.**

**F.**

Hay dolor en cualquier extremidad dorsal del pie, debajo de la rodilla sobre el dorso del pie a causa de la presión hidrostática, la presión de las venas de los pies (en un adulto), es aproximadamente 90mm. de Hg cuando el paciente se encuentra en reposo.

La piel tiene dos tipos diferentes de vasos sanguíneos los vasos comunes encargados de nutrirlos y estructuras vasculares especiales termorreguladoras, muchas de estas se encuentran en los pies.

Cuando estos vasos especiales se contraen el flujo puede disminuir hasta ser casi nulo y cuando se dilatan pueden aumentar siete veces más.

## **Objetivo:**

**Identificar el grado de sensibilidad**

**F.**

Palpando el área afectada, la circulación inadecuada del tejido muscular provoca dolor intenso en los músculos afectados, y también los nervios periféricos producen sensación de hormigueo y escozor y con el tiempo pérdida de la sensibilidad.

Cuando hay lesión tisular (después que produce una lesión local en el organismo aparece un breve periodo de vasoconstricción en el ámbito local seguido de hiperemia activa; esta a su vez, es seguida por una disminución de la irrigación sanguínea en el sitio afectado.

**A.**

Elevar los pies cuando este sentado o en cualquier posición

**F.**

Flujo sanguíneo reduce o disminuye la interrupción de la estenosis venosa.

**A.**

Valorar los signos de deshidratación, controlar el balance hídrico, promover la ingesta de líquidos orales.

**F.**

La glucosuria puede producir una deshidratación causando una reducción del volumen circulante y un mayor deterioro de la perfusión periférica.

**A.**

Instruir al paciente que evite ropas, calcetines y zapatos apretados.

**F.**

Hay un compromiso de la circulación y disminución de la sensación de dolor que puede producir o agravar la lesión hística.

**A.**

Reforzando las precauciones de necesidad sobre el uso de bolsas de calor y baños de agua caliente.

**F.**

El calor aumenta las demandas metabólicas en los tejidos comprometidos, la insuficiencia vascular altera la lesión de dolor aumentando así el riesgo de lesión.

**A.**

Hablar sobre las complicaciones de la enfermedad que producen cambios vacilares (eje.. Ulcera, gangrena, cambios en la estructura muscular y ósea).

**F.**

El control adecuado de la Diabetes Mellitus quizás no evitará las complicaciones, pero puede disminuir la gravedad de los efectos.

**A.**  
Se señalar los cuidados adecuados de los pies.

**F.**  
La alteración de la perfusión en as extremidades puede producir complicaciones graves persistentes en el ámbito celular.

**Evaluación:** El paciente manifiesta que entiende la relación que hay entre la enfermedad crónica (diabetes Mellitus), y los cambios y alteraciones circulatorios que ha tenido.

### 3.4.3. Diagnostico de Enfermería. ( 3 )

**Control ineficaz del régimen terapéutico relacionado con el déficit de conocimientos, debido a la mala interpretación de la información y/o a la falta de memoria, evidencia por el mal seguimiento de las instrucciones de control de la glucosa en el domicilio y del cuidado de los pies y falta de conocimiento de signos y síntomas de la hiperglucemia.**

**F.**  
Estado en el cual el paciente se puede mostrar incapaz de modificar su estilo de vida con los nuevos cambios físicos emocionales sufridos, que puede atentar su autoestima modificando su conducta.

#### **Objetivo**

**Identificar el grado de conocimientos y limitaciones del paciente.**

**F.**  
De acuerdo con los conocimientos actuales varias experiencias emocionales parasen tener ciertos efectos sobre el crecimiento y desarrollo de la persona, y ayudar así a su tratamiento.

**A.**  
Determinar el nivel de conocimientos del paciente, prioridades de las necesidades de aprendizaje, deseo de incluir a su esposa en las instrucciones.

**F.**  
Establecer una línea de bases y una dirección para la educación /planeación. La implicación de la esposa, si lo desea, constituirá una fuente adicional de memoria y comprensión.

**A.**  
Proporcionar una guía de educación.

**F.**  
Proporciona diferentes métodos de acceso /refuerzo de la información y aumenta la oportunidad de aprendizaje / entendimiento del paciente.

**A.**  
Revisar los factores relacionados que alteran el control diabetes, p ej., Estrés, enfermedades, ejercicio.

**F.**  
La medicación / dieta puede necesitar alteraciones como respuesta a los agentes agresores temporales o permanentes.

**A.**  
Identificar signos y síntomas de hiperglicemia, (p. Ej., Fatiga, náusea, /vómito, Poliuria/Polidipsia), hablar sobre la prevención y evaluación de la situación, y sobre cuando es necesario acudir al médico.

**F.**  
La identificación/comprensión de estos signos / síntomas, y la actualización a tiempo, ayudará al paciente a evitar que se repitan y a prevenir las complicaciones.

**Acciones**

Revisar y proporcionar información sobre los exámenes rutinarios y el cuidado adecuado de los pies (p. ej., Inspección diaria por si aparecen lesiones, en áreas de presión, callosidades; corte de uñas apropiada; lavados diario de los pies; no andar con los pies desnudos; utilizar calcetines amplios, zapatos apropiados, p. ej., Ponerse los zapatos nuevos graduados ;si se produce una lesión del pie /rotura de la piel con agua y jabón y cubrir con un aposito estéril, inspeccionar la úlcera y cambiar los apósitos diariamente, comunicar de inmediato la presencia de enrojecimiento, tumefacción o supuración).

**F.**

Reduce el riesgo de lesión hística, promueve el conocimiento y la prevención de la formación de úlceras por estasis, y las dificultades de cicatrización de las úlceras.  
Reduce el riesgo de lesión hística, promueve el conocimiento y la prevención de la formación de úlceras por estasis, y las dificultades de cicatrización de las úlceras.

**A.**

Instruir al paciente sobre la terapia de insulina.

**F.**

Puede haber Tx temporal de hiperglucemia durante la infección o puede ser permanente.

**A.**

La administración de la Insulina NPHSC.

**F.**

La acción de la insulina intermedia generalmente dura de 18 a 24 horas con un efecto máximo de 6 a 12 horas.

**A.**

Mantener el vial en uso a temperatura ambiente. Y almacenar el resto en el refrigerador.

**F.**

La refrigeración evita las amplias fluctuaciones en la temperatura prolongando la vida del fármaco pero puede impedir la absorción.

**A.**

Girar la botella e invertirla para que se mezcle la solución. La solución es de aspecto lechoso, no agitar vigorosamente.

**F.**

Si agita vigorosamente se formará espuma y esta puede impedir la carga correcta de la dosis y dañar la molécula de insulina.

**A.**

Rotar las zonas de inyección, realizar un diagrama.

**F.**

Reduce la lesión hística y favorece la absorción de la medicación.

**A.**

Demostrar y después observar al paciente como carga la jeringa con insulina como lee las marcas de la jeringa y como administrarla.

**F.**

Pueden ser necesarias varias sesiones de instrucción y de práctica antes de que el paciente y su esposa realicen con soltura la carga y la inyección de la medicación.

**A.**

Hablar al paciente sobre los signos y síntomas de la reacción de la insulina. Hipoglucemia (fatiga, náuseas, cefaleas, sudor, irritabilidad, agitación, ansiedad, dificultad para concentrarse).



**F.**

Necesidad de saber que es lo que hay que buscar para seguir el Tx de forma adecuada como un zumo de uvas para una respuesta inmediata que supera un efecto mantenido y que puede evitar / reducir las complicaciones.

**A.**

Revisar la guía diaria del paciente(p, ej., Llamar al medico si se encuentra tan mal que no puede comer con normalidad/permanecer activo; tomar insulina según las indicaciones médicas anotarlo en la guía diaria del enfermo.

**F.**

Recordar las acciones necesarias en el caso de enfermedad grave para reducir el riesgo de hiperglucemia / hipoglucemia.

**A.**

Decir al paciente que guarde las anotaciones de las pruebas realizadas por punción en el dedo, lugar de punción/ dosis de la insulina, respuesta física inhabitual, e ingesta diaria.

**F.**

Proporcionar un conjunto adecuado de notas útil para los cuidadores a la hora de valorar la eficiencia del enfermo.

**A.**

Remitir al dietista para la revisión de la dieta.

**F.**

Las calorías son intercambiables pero deben estar distribuidas en tres comidas y dos tentempiés.

**Evaluación.** El paciente manifiesta y demuestra un conocimiento básico del proceso de la enfermedad y del tratamiento. Demostró un aumento de interés para participar activa y pasivamente en el autocuidado en los últimos días sobre todo en los cuidados que debe realizar en el domicilio para no volver a sufrir lo mismo.

### **3. PLAN DE ALTA**

A continuación se menciona brevemente las acciones que debe realizar el paciente en el hogar, con la finalidad de orientarlo adecuadamente sobre los cuidados que debe llevar estando en su domicilio para evitar reinfecciones y complicaciones tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson.

#### **3.1. Necesidad de oxigenación.**

Se recomienda tomen los signos vitales por lo menos una vez por semana para saber si esta dentro de los límites normales, y el control adecuado de glucosa se recomienda que se tome destroxitis en ayunas por lo menos una vez por semana a través del autocuidado (se le enseñó a la familia el procedimiento)

Mantener miembros elevados para mejorar la circulación y disminuir el riesgo de nuevas úlceras y de infecciones cruzadas /Corte de uñas por sus familiares, se les enseñó. Dejar de fumar e ingerir bebidas alcohólica, totalmente.

#### **3.2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.**

La dieta debe ser la habitual de 2500calorias repartida en tres comidas y dos tentempiés sin hacer trampas en el postre se le pide el apoyo a la familia. Además del consumo de fibra e ingesta de líquidos como mínimo 8 basos de agua al día, evitar el consumo de sal, evitar los alimentos que le ocasionan el estreñimiento y los alimentos que le ocasionan irritación. Disminuir el consumo de alimentos fuera de su casa.

## **Guía nutricional**

Alimentos aconsejables. Carnes de (preferencia asadas o cocidas como estén indicadas en su dieta) res, pollo, pescado, ternera etc.

Frutas y verduras de su preferencia y que estén dentro de sus posibilidades (deben manejarse con mucha higiene) manzana, plátano durazno, uvas, fresas, naranjas en jugo etc. las verduras como: chayote calabazas zanahorias, jitomate betabel, papas, tomate, ejotes, nopales etc.

Alimentos que debe evitar: : la col ya que le produce gases, los frijoles, tortillas, bebidas carbonatadas, el refresco, y las bebidas alcohólicas, las cervezas, el café. También debe evitar las grasas como: manteca de cerdo aceites, carne de cerdo, pasteles chocolates chorizo etc.

### **3.3. Necesidad de Eliminación.**

Continuar educando su intestino y vejiga, en caso de estreñimiento, continuar con fibra y el té de ciruela pasa que acostumbra.

Eliminar en el momento que lo requiera, no esperar tiempos prolongados para ir al baño en caso de transpirar demasiado ingerir abundantes líquidos.

### **3.4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.**

Colocar el pie sobre una dona para evitar úlceras del talón (durante el internamiento), en el domicilio, continuar con los miembros elevados, y al caminar o descansar, utilizar sandalias firmes y zapatos suaves y cómodos.

### **3.5. Necesidad de Descanso y Sueño.**

Leer un libro que le agrada para evitar el insomnio puede relajarse rezando para que pueda dormir. Evitar las tensiones, planear sus horas de siesta.

### **3.6. Necesidad de Utilizar Prendas Vestir Adecuadas.**

Se instruye al paciente para que evite los zapatos apretados, calcetines ropa adecuada, cómoda para evitar la mala circulación

### **3.7. Necesidad de Termorregulación.**

Abrigarse bien utilizar calcetines para evitar los pies fríos cheque su temperatura frecuentemente.

### **3.8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.**

Mantener hidratada y lubricada la piel, baño diario que se revise y seque cuidadosamente los pies entre los espacios interdigitales diariamente. Mantener siempre las uñas cortas y limpias. Cabello corto agusto del paciente.

### **3.9. Necesidad de Evitar Peligros.**

Tratar al miembro afectado con mayor cuidado, realizar inspección diaria de los pies no andar con los pies descalzos, tomar el medicamento solamente prescrito por el médico. Favorecer en el hogar un ambiente tranquilo y agradable, sin tensiones.

### **3.10. Necesidad de Comunicación.**

Que continúe comunicando su estado se salud, aunque no presente dolor o irritabilidad. Continuar las buenas relaciones con su esposa familiares, amigos y vecinos siempre y cuando sea de su agrado.

Acudir de inmediato al hospital o clínica y reportar al medico y al personal de enfermería cualquier alteración, como puede ser: dolor, inflamación, enrojecimiento o alteración de la piel, salida de secreción purulenta o alteración en cualquier miembro pélvico, fiebre malestar general, en caso de identificar signos de deshidratación (perdida de turgencia de la piel, mucosas secas, poca ingesta de líquidos, aumento en la frecuencia de micción o evacuación. Comunicar cualquier cambio o alteración en relación con su salud.

### **3.11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.**

Continuar con su estado de animo en relación con su vida familia seguir manteniendo buenos valores sobre la vida. Y su fe en dios para mejorar su salud y ese entusiasmo para seguir viviendo.

### **3.12. Necesidad de Realizarse y Trabajar.**

Continuar trabajando normalmente, evita hacer tanto esfuerzo, sobre todo con el miembro afectado. Evitar los trabajos manuales pesados. Aplicar las medidas que debe llevar con el cuidado de los pies.

### **3.13. Necesidad de Participar en Actividades Recreativas.**

Realizar ejercicios levas. Disfrutar de sus actividades favoritas tan pronto como se sienta lo suficientemente bien. Participa en juegos recreativos favoritos.

### **3.14. Necesidad de Aprendizaje.**

Que continúe documentándose sobre la enfermedad para ayudarse posteriormente Aprender a protegerse los pies como ya se indico y llevar adecuadamente la aplicación de la insulina.

#### 4. CONCLUSIONES

En un principio cuando decidí realizar el proceso de atención de enfermería con fines de titulación, pense en lo complicado que sería elaborar cada una de sus etapas que incluye la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación y las 14 necesidades de Virginia Henderson a un paciente ya fuera sano o enfermo pues podía suceder muchas dificultades para poder realizarlo y esto da inicio desde el momento que tuve que elegir al paciente C.A. J. M. masculino de 68 años de edad con diagnóstico de úlcera en el miembro pélvico derecho ya que era el tema que a mí me interesaba realizar en el P. A. E. era iniciar su tratamiento y cuidados ya que se contemplaba la posibilidad de darlo de alta en un plazo no más de ocho días de hospitalización y eso me preocupó por que no sabía si iba a lograr los objetivos que me había fijado al realizar mi planeación de actividades. Y tuve que correr el riesgo y lo realicé.

El considerar las bases teóricas planteadas por Virginia Henderson en la práctica de enfermería, implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son: persona, entorno, enfermería salud y rol profesional, los cuales se traducen en las 14 necesidades del ser humano: si bien el trabajar con estos conceptos resulta complejo, dado la poca habilidad que se posee para ello, considero que son los elementos básicos y el punto de partida para el conocimiento de otras teorías para el desarrollo de investigaciones futuras.

El proceso de enfermería con una base teórica, permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas, exige la consulta bibliográfica permanente, el comentar con otros profesionales y en este caso comentar los cuidados con la familia del paciente.

Personalmente, tuve la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y meteorológico la forma que se debe de ejercer la enfermería como profesión. El desconocer estos aspectos me hizo tener grandes tropiezos, que me impulsaron a la búsqueda de más información: así mismo pude darme cuenta que hay un largo camino por recorrer para el conocimiento de la enfermería en todas sus dimensiones para ubicarla en el lugar profesional que le corresponde

De igual forma, pude constatar que hay una diferencia muy grande en la forma en la que se desarrolla el proceso a la que se hacía anteriormente y el que desarrolle ahora. Ya que el anterior se caracterizaba por tener un enfoque médico, curativo, basado en signos y síntomas, el interés se centraba en tener un marco teórico, la valoración se orientaba hacia la historia clínica médica, había ausencia de diagnóstico de enfermería el plan de cuidados se basaba en los signos y síntomas y tratamiento médico y poco se valoraban los avances del individuo en función de los cuidados.

El proceso que realice actualmente me permitió realizar una valoración de enfermería y no medica, en las necesidades identificadas en mi paciente en el establecimientos de diagnósticos de enfermería en la planeación y realización de los cuidados en la valoración periódica de los avances de mi paciente en función de los cuidados en una práctica no subordinada al tratamiento médico sino independiente y específica de enfermería.

Una de las limitaciones que encontré, es que en la práctica de enfermería aún no se lleva a cabo el cuidado basado en el proceso de enfermera con una base teoriza en forma sistematiza y organizada dentro de la unidad hospitalaria en donde desarrolle este proceso, sin embargo un logro fue involucrar a las jefes de servicio en la planeación de los cuidados, en las decisiones tomadas y en la continuidad de los cuidados en los otros turnos.

una limitaste teórica en relación con estos conceptos de Virginia Henderson, fue el desconocimiento de los mismos antes de iniciar el proceso lo que requirió de mi parte, dedicar un buen tiempo al estudio y análisis de los fundamentos de enfermería que me permitieran tener una base teórica para entender el proceso de enfermería

He logrado avances en mi desarrollo profesional pero considero que es conveniente estar más activa en este campo de conocimientos.

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia.

La herencia de la enfermería es rica. Su historia es un relato de descubrimiento que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación. Aunque en estas paginas no se relaciona toda la historia del desarrollo de la enfermería, cabe mencionar que yo como lector me haya dado una idea de la belleza y su esencia de su arte.

Esta amplia gama de obras de arte constituye una gran contribución de la propia enfermería, pues la historia de la enfermería que se ha representado a través del arte muestra sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega. El cuidado es la esencia de la enfermería: cuidado por cuidado, a través de la discusión y las obras de arte, reflejan la historia de los cuidados y a medida que han ido variando en consonancia con los acontecimientos y necesidades sociales a través de los tiempos. Sin embargo, nadie ni con la pluma sobre el lienzo podrá jamás captar el verdadero arte o el espíritu de la enfermería.

Los tiempos de avances técnico y científicos, obligan a las diferentes disciplinas a dirigir su práctica: enfermería acorde con su evolución, ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la realización del proceso de enfermería basado en una teoría, la cual permite la limitación propia en su hacer, por lo que es conveniente que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en un cuidado integral.

En una forma general los objetivos general y particular se lograron no solo al cumplir un trámite administrativo con fines de titulación, sino por que fue muy enriquecedor, ética, profesional, espiritual y moralmente por interactuar con el paciente que sufre deterioro de su salud, y el poder brindarle los cuidados de enfermería con una tendencia holística que lo llevaron a mejorar su salud.



## 5. GLOSARIO

**Ambulación.-** Acto de caminar, con o sin ayuda, con el fin de recobrar la actividad normal.

**Arco de movimiento.-** Es el movimiento máximo posible en cualquier articulación en particular.

**Atrofia.-** Desgaste de cualquier parte del cuerpo, debido a degeneración de las células, por el deshuso, fatal de nutrición o enervación. (Enfermedad de las neuronas motoras) degeneración de las neuronas motoras con desgaste del tejido muscular.

**Caloría.-** Utilizada para denotar los valores fisiológicos de varias sustancias, alimentarias, calculadas, según la cantidad de calor que producen al oxidarse en el cuerpo,

**Diagnostico.-** Determinación de la naturaleza de una enfermedad, declaración de un problema de salud real o potencial de un paciente.

**Diabetes.-** Enfermedad caracterizada de la secreción excesiva de orina.

**Diabetes Mellitus.-** Trastorno de la oxidación y utilización de la glucosa que es secundaria a la mala función de las células Beta del páncreas, encargadas de la producción y liberación de la insulina.

**Diabetes insípida.-** Se caracteriza por un aumento del flujo de orina de baja densidad, acompañada de una gran sed.

**Diabético.-** Persona infectada de diabetes.

**Diaforesis.-** sudación especialmente profusa.

**Enfermería.-** Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos y meteorológicos propios.

**Enfermedad.-** Proceso patológico definido que tiene un conjunto característico de signos y síntomas. Puede afectar a todo el organismo, patología y pronostico pueden ser conocidos o desconocidos.

**Gangrena.-** Muerte del tejido corporal generalmente en una masa considerable, ya sea debido s pérdidas del aporte sanguíneo, o a los efectos de ciertas infecciones.

**Germicida.-** Agente capaz de destruir los microorganismos patógenos.

**Germen.-** Microbio (aquello de lo que se puede desarrollar algo) (semilla).

**Holístico.-** Filosofía que considera a la persona como un todo funcionando y no como un compuesto de varios sistemas.

**Historia de enfermería.-** Documento destinado al registro de los datos del paciente en el que la enfermera realiza un plan de cuidados individualizados.

**Insulina.-** Hormona proteica formada en las células Beta de los islotes pancreáticos de Langerhans. Es la principal hormona reguladora de combustibles, que se secreta a la sangre como respuesta a un aumento en la concentración de glucosa o aminoácidos en sangre.

**Interacción con fármacos.-** Al informar a los pacientes sobre autocuidado y sobre la forma de tomar las medicinas que le han sido recetadas, hay que explicar la necesidad de seguir, meticulosamente las instrucciones relacionadas con la ingesta de alimentos y bebidas mientras se sigue un régimen de medicamentos.

**Orina.-** liquido secretado por los riñones y secretado atraves de la uretra.

**Oxigenación.-** Saturación con oxígeno; proceso que se produce en los pulmones.

**Oxidación.-** Es cuando una caloría (o kilocaloría) es el calor necesario para lograr que la temperatura de 1Kg, de agua(1000gr) aumente un grado). Una caloría pequeña es el calor producido al elevar 1gr de agua 1°C. En el sistema sí, la caloría se sustituye.

**Percusión.-** Es un método diagnóstico que consiste en golpear con los dedos o con un martillo ligero sobre cualquier parte del cuerpo.

**Polidipsia.-** Sed anormal. Puede ser un síntoma de la diabetes.

**Poliuria.-** Sed excesiva.

**Perfusión.-** Paso de líquido a través de un tejido o órgano, especialmente el paso de sangre a través del tejido pulmonar.

**Proceso de Atención de Enfermería.-** Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

**Rol.-** Patrón de conducta que se desarrolla en respuesta a las demandas o expectativas a los demás.

**Salud.-** Estado de completo bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de enfermedad.

**Teoría.-** Fundamentos y teorías para el ejercicio de la enfermería basado en las concepciones teóricas propias de la disciplina.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Edic. 2ª. Ed. Mosby, México, 1995.
2. Beebe Joyce, Thomson, Henry. *Etica de enfermería*. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1984.
3. BEESON, Paul. *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. Tomo 11*. Ed. Interamericana, México, 1990.
4. CARPERITO, Lynda. J. *Manual de diagnósticos de enfermería*. Edic. 4ª Ed. Interamericana, España, 1993.
5. CERVERA, Pilar. Et. Al. *Alimentación y dietoterapia*. Ed. Interamericana, México 1990.
6. DOENGES, Meriynn. Et. Al. *Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería*. Ed. Doyma, Barcelona, 1993.
7. FERNANDEZ, Carmen. Et. Al. *El proceso de atención de enfermería*. Ed. Ediciones científicas y técnicas, S.A., México.

8. GERARD J TORTORA, NICHOLAS P. A. *Principios de anatomía y fisiología*. 3ª Ed. 1984.
9. GONZALES ARAGÓN G. *Aprendamos envejecer sanos*. Ed. Costa. Amic. México, D.F. 1985.
10. G. JOSEPHINE., Patyerson, Loretta. *Enfermería humanística*. México D.F. 1990.
11. KOZIER, Barbara. Et. al. *Enfermería fundamental, conceptos, procesos y practica*. Tomo 11, Ed. Interamericana, México, 1993.
12. NANCY O, Connor. *Déjalos ir con amor*. Ed. Trillas. México. D.F. 1996.
14. PHILIP SALOMON., Vernon D, Pattch. *Manual de psiquiatría*. Segunda edición.
15. RIOPELLE, Lise. Et. Al. *Cuidados de enfermería – Un Proceso centrado en las necesidades de la persona*. Ed. Interamericana, México 1999.
16. ROSALES. Susana. Et. Al. *Fundamentos de enfermería*. Edic. 2da. Ed. El manual moderno., México, 1999.
17. SCHROEDER, S. Et. Al. *Diagnostico clínico y tratamiento*. Edic. 24ª. Ed. El Manual Moderno, México, 1989.
18. TAMAYO, Mario. *El Proceso de la investigación científica, fundamentos de la investigación*. Edic. 2ª. Ed. Limusa, México, 1994.
19. WELLER, Barbara. *Diccionario de enfermería*. Ed. 21ª. Interamericana. España 1997.
20. WOLFF Lu Verne, *fundamentos de enfermería*. Ed. Harla, México, 1989.

## ANEXO 1.- La Diabetes no dependiente de insulina

Ocurre después de los 40 años de edad, también en personas más jóvenes, no requieren insulina ni son cetóticas. La mayoría muestra peso excesivo, los síntomas son tan leves que la enfermedad puede pasar inadvertida durante muchos años.

El comienzo de la enfermedad es insidioso, y entre los síntomas que a veces anuncian la diabetes aparecen, fatiga, tendencia a dormir después de las comidas, irritabilidad, nicturia, prurito (especialmente vulvar en la mujer), heridas cutáneas que no cicatrizan, visión borrosa, pérdida de peso y calambres musculares.

El TX varía en el curso de la enfermedad.

En la diabetes mal controlada un desarrollo acelerado de Neuropatía, retinopatía, arteriosclerosis generalizada, disminución de la resistencia a la infección y presencia de hiperglucemia.

**DM TIPO II** Se diagnostica en pacientes de 30 años, pero también en niños y adolescentes. Se caracteriza por hiperglucemia, forma parte del grupo heterogéneo de trastornos en los cuales la hiperglucemia se debe a un deterioro de la respuesta secretora insulina a la glucosa y también a una disminución de la eficiencia de la insulina en el estímulo de la captación de la glucosa por el músculo-esquelético de glucosa (resistencia a la insulina. Es un hecho frecuente que los pacientes llegan a desarrollar DM porque el organismo la compensa mediante un aumento conveniente de insulina.

Los efectos intracelulares son determinados genéticamente.

Las hiperinsulinemia alfa puede conducir a otros trastornos como obesidad abdominal, hipertensión, hiperlipidemia y arteriopatía coronaria

**DM tipo II** Los islotes pancreáticos conservan una proporción de las células B con relación a las células que no se altera de una forma constante. Antes de aparecer la DM los pacientes pueden perder la respuesta secretora inicial de insulina a la glucosa y puede secretar grandes cantidades de proinsulina. La secreción de insulina estimulada por la glucosa está claramente disminuida.

## ANEXO 2.- Anatomía y fisiología del miembro afectado.

### CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL ORGANISMO

Durante esta etapa de la vida se produce una gradual atrofia de diversos órganos, tales como los riñones hígado páncreas, tiroides y otras glándulas de secreción interna. En el corazón y las arterias se producen también en mayor o menor grado.

Se producen además cambios en la facultad de regular las funciones del organismo, como por ejemplo, una menor tolerancia a las temperaturas muy bajas o muy altas o una mayor dificultad para regular variaciones grandes de glucosa en la sangre. Disminuye el metabolismo, con la edad por lo que es necesario un menor consumo de calorías para evitar el aumento inútil del peso. .

### TARSO, METATARSO Y FALANGES

Se designan, de manera colectiva, huesos del tarso a siete huesos de la parte posterior del pie. El calcáneo y el talus (astrágalo) se localizan en el extremo posterior del tarso, y el anterior incluye él (cuboides), el navicular (escafoides) y los huesos cuneiformes medial (primero, o primera cuña), intermedia (segundo, o segunda cuña) y lateral (tercero, o tercera cuña. El talus (astrágalo) está situado por encima de los demás huesos del tarso, y es el único hueso del pie que se articula con la tibia y la fíbula (peroné). Su tróclea o polea está entre el maléolo medial (tibia), por un lado, y el maléolo lateral (fíbula), por el otro. Al iniciar la marcha el talus (astrágalo) soporta el peso de la extremidad; a continuación, transmite la mitad de dicho peso al calcáneo, y el resto a los otros huesos del tarso. El calcáneo o hueso del talón es el más grande y fuerte del tarso.

El metatarso se integra por cinco huesos metatarsianos numerados del I al V, de dentro a fuera. Al igual que los metacarpianos de la mano, cada metatarsiano consiste en base proximal, diáfisis y cabeza distal. Los metatarsianos se articulan en su extremo proximal con los huesos cuneiformes y el cuboides, y en sentido distal con las falanges proximales. El primer metatarsiano es más grueso que los otros, porque soporta más peso.

Las falanges del pie se asemejan a las de la mano en número y disposición. Cada una consiste en base proximal, cuerpo (diáfisis) y cabeza distal. El primer dedo del pie o dedo gordo posee dos falanges gruesas, a las que se denomina distal y proximal; los otros cuatro huesos poseen tres falanges (proximal, medial y distal.

## ARCO DEL PIE

Los huesos del pie están dispuestos de manera que forman dos arcos los cuales permiten que el pie soporte el peso del cuerpo y cuenten con una acción de palanca al caminar. Los arcos no son rígidos, sino que ceden conforme se aplica peso en ellos y regresan a su forma original cuando ya no existe dicha presión.

El arco longitudinal tiene dos partes, las cuales comprenden huesos del tarso y metatarsianos dispuestos de modo que forman un arco desde la parte posterior del pie, hasta la anterior. La parte medial de este arco se origina en el calcáneo, se eleva a nivel del talus y desciende en sentido anterior con el escafoides los cuneiformes y los metatarsianos internos; el talus es la parte principal de este arco.

La parte externa del arco longitudinal también comienza en el calcáneo; se eleva en el cuboides y desciende en los dos metatarsianos laterales; el hueso principal de este arco es el cuboides.



### **Anexo 3.- Patología (ulceras de los pies y problemas articulares).**

Son causas importantes de patología en la DM. La principal causa predisponente es la polineuropatía diabética; la denervación sensitiva dificulta la percepción de los traumatismos por causas tan comunes como los zapatos mal ajustados o las piedrecillas. Las alteraciones de la sensibilidad propio conducen a un modo anormal de soportar el peso y a veces al desarrollo de articulaciones de Charcot.

El riesgo de infección por hongos y bacterias aumenta debido a la disminución de la inmunidad celular causada por la hiperglucemia y los déficit circulatorios originados por la hiperglucemia crónica. Son muy frecuentes las infecciones cutáneas periféricas: las aftas orales y vaginales. El proceso inicial puede ser una infección micótica, que lleva a lesiones interdigitales, grietas, fisuras y ulceraciones exudativas que facilitan una invasión bacteriana secundaria.

El problema se complica cuando existen deformidades óseas en los pies. La primera alteración es la formación de un callo. Otras veces las úlceras comienzan después de que la rozadura de unos zapatos mal ajustados produzca ampollas en pacientes cuyo déficit sensorial les impide percibir el dolor. Son frecuentes los cortes o los pinchazos producidos por cuerpos extraños tales como agujas, clavos, o cristales y se puede encontrar un objeto extraño alojado en los tejidos blandos sin que el paciente se halla percatado de ello.

Vascular de los pies puede originar oclusión de las arterias de pequeño, mediano y gran calibre, y originar cambios atróficos en la piel. La hinchazón que resulta por la celulitis puede hacer que disminuya la circulación en el momento en que más se necesita. ( El ataque enfermedad vascular oclusiva puede coexistir con Neuropatía.) Si no hay respuesta a los antibióticos y el debridamiento, la isquemia puede originar gangrena que comienza en la punta de los dedos de los pies y lentamente se disemina a zonas superiores en la pierna.

Muchas veces los pacientes con úlceras de pie infectadas no sienten dolor a causa de la Neuropatía y no tienen síntomas sistémicos hasta una fase posterior con una evolución desatendida. Las úlceras profundas, y en especial las úlceras asociadas con algún grado detectable de celulitis, exigen hospitalización inmediata, dado que puede aparecer toxicidad sistémica e incapacidad permanente. Debe descartarse la osteomielitis mediante gammagrafía ósea. El debridamiento quirúrgico temprano es una parte esencial del tratamiento, pero a veces es imprescindible la amputación.

La insuficiencia de los vasos de gran calibre lleva a la claudicación intermitente (dolor en la marcha, aliviado por el reposo), palidez de los pies al ser elevados y enrojecimiento cianótico cuando está en declive, cambios atróficos en la piel, frialdad en los pies y, por último. Dolor en reposo. El ataque del sistema nervioso autónomo puede originar inhibición de la sudación, que hace que la piel este seca y agrietada. lo cual permitirá a las bacterias penetrar en los pies.

Por estas razones, la tríada de Neuropatía, vasculopatía e infección suele ser origen de gangrena que lleva a la amputación en diabéticos de mayor edad. En presencia de gangrena, la amputación debe efectuarse al nivel mas bajo con aporte sanguíneo adecuado y libre de infección. Tratamiento. Los diabéticos que tienen Neuropatía y problemas vasculares deben estar bajo la supervisión de un quiropedista. Sin embargo, a menudo la enfermera es el único miembro del personal medico disponible para atenderlo. Hay que enseñar al enfermo a lavarse y a examinar los pies diariamente. Salvo que las uñas estén grandes y gruesas, la visión sea insuficiente o la Neuropatía intensa, el diabético debe aprender a cortarse las uñas por sí mismo

#### VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

- Pruebas posprandial (después de una comida)
- En orina. Si hay glucosa en orina, esto obliga a hacer una medición inmediata de glucosa en sangre.
- Prueba de tolerancia a la glucosa.
- Las cifras 159 mg. por 100 ml. Sangre son diagnóstico de diabetes y los 100 mg. Por 100 ml. Excluyen la enfermedad.
- La prueba de tolerancia a la glucosa es el examen más sensible para detectar diabetes. El individuo ingiere una dieta rica en carbohidratos (150 a 300 grs.) Durante tres días antes de la prueba, después de ayunar una noche, se toma una muestra de sangre, después se le administra una carga de carbohidratos (75 grs.), Durante la prueba se pide al paciente que evite ejercicios, fumar, el consumo de alimentos, excepto agua vía bucal.

- Prueba de tiras reactivas: Dextrostix, es un método rápido para la comprobación aproximada del nivel de glucosa en sangre.
- Examen de orina, depende de su nivel en el suero o plasma y el umbral renal.
- Examen de orina para cuerpos cetónicos. La presencia de cetonas en la orina indica control inadecuado de la diabetes y que el organismo ha comenzado a desintegrar los depósitos de grasa para obtener energía.

## TRATAMIENTO

Los objetivos del TX y acciones de enfermería, consisten en ayudar al paciente a llevar una vida cómoda, útil y alcanzar y mantener peso corporal óptimo, corregir las anomalías bioquímicas y metabólicas, prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, y promover la educación del paciente.

El TX depende del tipo de diabetes.

Por eso, todos los pacientes con úlceras deben hacerse una radiografía de los pies. La enfermedad vascular periférica con reducción del riego sanguíneo favorece el desarrollo de las úlceras, siendo frecuente las infecciones, habitualmente por muchos microorganismos. Aunque no hay tratamiento específico para las úlceras diabéticas, el tratamiento de sostén basado en minimizar la presión ejercida por el peso del cuerpo permite con frecuencia salvar la extremidad.

Un método sencillo consiste en colocar al paciente en la cama y aplicar hidroterapia y debridamiento para eliminar los tejidos no viables. Otros recomiendan inmovilizar la pierna con el lecho de escayola para redistribuir el peso y proteger la lesión. En espera de los resultados de los cultivos, el primer antibiótico a utilizar en las úlceras infectadas sin signos generales de infección podría ser la cefoxitina o la ampicilina-sulbactam. Si existen signos de sepsis, pueden prescribirse ampicilina-sulbactam más gentamicina o aztreonam.

Todos los pacientes deben conocer los cuidados que han de aplicar a los pies para evitar las úlceras. Es importante mantener constantemente los pies limpios y secos.

Los pacientes con Neuropatía no deben caminar descalzos, ni siquiera en casa. Es esencial llevar un calzado cómodo, que no oprima ni roce, este es un problema especial en caso de las mujeres pues, los zapatos adecuados no suelen ser elegantes.

El paciente debe examinar sus pies diariamente y buscar meticulosamente si existen callos, infecciones, rozaduras, o vejigas para consultar al médico ante cualquier lesión problemática. El factor de transformación del crecimiento beta (TGFB) favorece la curación de las úlceras de decúbito y posiblemente también sirva para las úlceras del diabético; no está autorizado su empleo en la clínica humana.

#### CUIDADO DE LOS PIES EN LOS DIABETICOS

Los pies del diabético se hallan expuestos a sepsis e isquemia por función nerviosa deficiente y circulación precaria.

La Neuropatía diabética puede causar dolor y parestesia, pero el problema mayor es la pérdida de la sensación de dolor y temperatura en los pies.

Sin la percepción del dolor, el individuo tolera traumatismos, repetidos en los pies hasta que se forma un callo, se ulcera la zona dañada o bien se lesionan las articulaciones.

Por la insensibilidad de los pies, el diabético no aprecia que tiene una tachuela o una piedra en el zapato.

Además, puede sufrir quemaduras, al ser insensible al calor excesivo generado en un cojincillo térmico o el agua de un baño para los pies.

El calor externo es la causa única más común de gangrena. Ante estos peligros, nunca aplicaran los diabéticos y las enfermeras calor a las zonas que estén por debajo de la rodilla en el diabético.

El arco transversal está formado por el calcáneo, el escafoide y el cuboide, así como las porciones posteriores de los cinco metatarsianos.

#### **ANEXO 4.- Crecimiento y Desarrollo del Adulto Mayor**

Con el paso del tiempo, la fortaleza y la energía de las personas empieza a disminuir aunque algunas personas conservan un gran vigor y una intensa actividad hasta en una edad muy avanzada. Otras presentan desde antes problemas de salud, sobre todo por los hábitos y la forma de vida que cada persona haya tenido desde su juventud entre otros, su alimentación y la práctica de algún deporte

En la actualidad, los avances de la medicina y de los servicios públicos como los de la salud permiten evitar y combatir enfermedades que antes eran mortales.

Una de las más grandes obligaciones que tiene la sociedad y las familias es asegurar el bienestar del adulto mayor. Ya que las estadísticas demuestran que la mayor invalidez y mortalidad del anciano son producidas por las afecciones circulatorias: Hipertensión arterial, arteriosclerosis de diversos órganos y lesiones del corazón en otros pacientes se observa la diabetes y úlceras en los pies y otras formas de reumatismo crónico, gota anemia, afecciones renales y tumores malignos

Entre los 40 y los 60 años el médico o geriatra y la enfermera tratan de mantener una salud óptima en el paciente y de enseñarle a vivir de forma saludable. Solamente así será posible Prevenir o retardar las enfermedades degenerativas, principalmente las del aparato cardiovascular. Esta prevención en la madurez tardía tendrá gran valor no solamente para "añadir años a la vida" sino para "añadir vida a los años "

Con base en lo anterior se realiza el presente trabajo en donde previamente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva de los cambios anatomofisiológicos del miembro afectado en mi paciente como sujeto de estudio, y otros como enfermedad primaria (Diabetes Mellitus) que padece el adulto mayor, relacionados con el proceso de deterioro de la movilidad física del miembro pélvico derecho, para lo cual también revisé los factores etiológicos que lo colocaron en riesgo de alteración de su salud, los factores dietéticos que influyeron, aspectos de diagnóstico y tratamiento médico, la enfermedad en sí misma, y su relación con el Proceso de Enfermería, a partir de criterios de valoración con base en las 14 necesidades y el modelo de Virginia Henderson que fue el utilizado, como ya se describe a lo largo del presente trabajo, Constituyendo esto el marco teórico que lo sustenta.

## ANEXO 5.- Cambios Psicológicos que Sufre el Adulto Mayor

El adulto psíquicamente maduro tendrá una razonable confianza en sí mismo, una sensación de libertad que utiliza con responsabilidad.

Se siente cómodo con la realidad y consigo mismo; comprende sus capacidades y sus limitaciones; reconoce sus defectos y las lagunas en sus conocimientos que se esfuerza por corregir y trata de aprender lo que necesita. Es más amplia su visión de sus problemas y de los problemas de los demás. Se hace más tolerante, más estable emocionalmente, más perseverante para actuar según planes de largo alcance.

Conserva su entusiasmo, pero cuando es necesario es capaz de cambiar sus gustos y opiniones. Aumenta sus conocimientos pero más aumenta su sabiduría, desarrolla un sentido del humor que le permitirá sobreponerse a las contrariedades que le sobrevengan.

Otra manifestación de esta madurez psíquica, es el ser capaz de estar a solas, de poderse sentir a gusto con su propia compañía y con sus pensamientos y poder entretenerse con trabajos o aficiones que pueden realizarse a solas, como se interesa también por los demás, los demás terminarán por interesarse en él.

Entre los años 40 y los 60 el médico del paciente o el geriatra y la enfermera traten de mantener una salud óptima en el paciente y de enseñarle a vivir en forma saludable, solamente así será posible prevenir o retardar las enfermedades degenerativas, principalmente las del aparato cardiovascular.

Esta prevención en la madurez tardía tendrá gran valor no solamente para "AÑADIR AÑOS A LA VIDA", sino para "AÑADIR VIDA A LOS AÑOS".

Se ha observado que habitualmente que entre los 65 y 70 años no hay un cansancio psíquico, ni deterioro marcado del organismo, ni aumento acentuado de la sequedad de la piel, ni el deseo de apartarse de los demás o de cambiar de hábitos

Entre los 70 y los 75 años hay frecuentemente una marcada disminución de la energía, con cansancio fácil, poca deseo de participar en actividades, sequedad de la piel y manifestaciones de enfermedades crónicas.

## HABITOS Y APRENDIZAJE.

El hábito es un tipo de conducta adquirida por repetición o aprendizaje. Y convertido en un automatismo. El hábito es una forma de conversión del pasado. Los hábitos pueden ser:

- Hábito biológico: nuestro organismo se habitúa a nuevas condiciones del medio ambiente. Los hombres y el animal pasan por un proceso de aclimatación cuando se trasladan de un país frío a uno tropical hasta que llegan a habituarse.
- Hábitos motores: infinidad de hábitos motores llenan nuestra vida cotidiana; vestimos, desvestimos, bañarnos, tomar el desayuno, encaminarnos a nuestro trabajo, conducir un automóvil etc.
- Hábitos mentales: comprende los hábitos de tipo intelectual, como el de calcular, hasta los hábitos morales, como el cumplir puntual y concienzudamente sus obligaciones, o su opuesto, el del incumplimiento y la pereza.

Las dos fases del hábito son la formación y la estabilidad. La primera corresponde al periodo en que estamos adquiriendo el hábito y en la segunda ya lo hemos adquirido y realizamos los actos con la máxima facilidad y de manera automática, un hábito es la historia de la transformación.

El aprendizaje como fenómeno común a toda la especie humana. El fenómeno del aprendizaje es común en todas las especies animales. En el hombre, el aprendizaje puede adoptar formas complejísimas que hacen difícil su estudio. Por esta razón los psicólogos prefieren los animales para su investigación, pero en estos es posible observar los fenómenos en su forma más simple y pura.

Los hombres también aprenden muchas veces por ensayos y errores, y para convencerse de ello basta resolver cualquier acertijo mecánico.

La humanidad conoce desde tiempo inmemorial el valor de la práctica en el aprendizaje.

La práctica frecuente de ejercicios, la práctica incesante es la que permite adquirir a los grandes artistas la maestría y facilidad de ejecución que tanto asombro nos causa. Atletas, acróbatas, músicos, todos saben que la práctica es el secreto que conduce a la perfección

Los Trastornos del carácter. (Personalidad)

Son patrones de conducta de por vida fundamentalmente aceptables al individuo pero productores de conflicto con los demás. Las causas pueden ser en parte genéticas o constitucionales y en parte del desarrollo o emocionales. Los tipos son descriptivos: esquizoide, obsesivo-compulsivo, histérico, antisocial, pasivo-agresivo, masoquista.

El tratamiento puede consistir en consejo, o educación y una psicoterapia de profundización.

Los Trastornos Psicológicos.

Las emociones pueden desempeñar una parte originando e intensificando ciertas enfermedades (en especial de las articulaciones, del estómago, colon, bronquios y sistema angiológico). No pasar por alto la enfermedad orgánica la cual puede estar escondida o incipiente en estos padecimientos y no pasar por alto los factores emocionales en la enfermedad aguda o crónica, en la hospitalización, en las unidades de cuidados intensivos y de cuidado coronario, en las medidas de apoyo para la supervivencia y en la cirugía.

La psicoterapéutica generalmente del tipo de apoyo y no de descubrimiento debería acompañar al manejo médico y reconsiderar las necesidades del paciente hacia la enfermedad y su reacción a la misma



## ENEXO 6.- Antecedentes Históricos

Al final del siglo XX, la enfermería se encuentra entre el pasado y el futuro. El arte de la enfermería es siempre cambiante y responde a las necesidades de la sociedad. El Siglo XX, se ha caracterizado por grandes transformaciones en las artes de la curación de la enfermedad, en las cuales, la práctica de la enfermería se ha visto Forzada a realizar fuertes reajustes dentro del contexto social que han obligado a aumentar los conocimientos, las actividades y los valores.

La práctica de la enfermería ha crecido tanto en forma horizontal como consecuencia de una evolución propia, como vertical por el interés y desarrollo personal y profesional de cada enfermera, a pesar de la ausencia de reconocimiento social y profesional de otras disciplinas, que centran el foco de atención en el aspecto biológico de la enfermedad, más que el psicológico, espiritual y social del individuo.

Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la enfermería: dos guerras mundiales y la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de la salud por parte de funciones nacionales y las complejidades de la medicina. Otros movimientos sociales que han afectado profundamente los cuidados de salud y la enfermería

El consumimos (la creciente concienciación y exigencia del paciente de recibir cuidados de salud de calidad; también en los modelos de trabajo, la lucha por los derechos civiles, el progreso de la salud pública: el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales y la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer).

Todos estos factores combinados con las fuerzas internas de la enfermería para aumentar su concienciación, innovar su ámbito de responsabilidades y orientarse hacia la profesionalización han modelado el papel de la enfermera.

Antes de la décadas de los años treinta había pocas enfermeras graduadas que fueron empleadas por los hospitales, la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de las estudiantes.

En aquel tiempo la enfermería incluía una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión, como fregar suelos, llevar bandejas y limpiar el equipo, además el cuidado rutinario de los pacientes.

En los años cuarenta, llevaban a cabo otros procedimientos, como la toma de la presión arterial, la aspiración ante diversos procesos, la ayuda en las transfusiones, la administración de oxígeno, la administración de medicamentos y otras técnicas más sofisticadas. También colaboraron en los quirófanos, las salas de parto y los cuidados ambulatorios. A medida que sus conocimientos y experiencias eran reconocidos, eran más las enfermeras ingresadas en los hospitales.

Las enfermeras también aprendieron a manejar los aparatos para la aspiración de Wangensteen, y la irrigación periódica y descompresión de la vejiga, proporcionaban la respiración artificial, irrigaban ojos, participaban en el tratamiento de cecostomías, colostomías y drenaban heridas.

Desde un punto de vista filosófico, la enfermería de equipo representaba un sistema por el cual el personal de enfermería de diferentes niveles podía ser incluido en un equipo para proporcionar cuidados de calidad a grupo de pacientes.

Por desgracia la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente igual que se incrementaron, fueron decreciendo, ya que los salarios nunca fueron suficientes en relación con las cargas de trabajo cada vez más extensas y con mayor grado de complejidad, por lo que cada vez eran menos las enfermeras profesionales que se titulaban.

Los años cincuenta y sesenta significaron una época de revolución para los cuidados de salud: Como ejemplo se encuentran los importantes avances de dos décadas como el desarrollo del corazón y pulmón artificiales, la cirugía con láser, los dispositivos de alta frecuencia para la coagulación sanguínea, y las nuevas vacunas medicamentos y aparatos de monitorización durante los que se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En 1963, los cuidados de enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital general al hogar. La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

En los años setenta empezó a hacerse realidad la meta cambiante del cuidado de enfermería. La enfermera primaria es responsable del cuidado integral del paciente durante todo el periodo de su hospitalización, 24 horas al día 7 días por semana.

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

Aunque se han dado grandes pasos en le enfermería, los problemas siguen vigentes.

En estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones por falta de personal, los bajos salarios, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicio crítico y toma de decisiones así como otras circunstancias que les impiden proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad.

Las enfermeras actuales deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico.

## **ANEXO 7. Fundamentos Sociohumanistas y Legales que Apoyan las Acciones de Enfermería y el Derecho a la Salud de los Pacientes**

### **LEGISLACION Y PRACTICA DE ENFERMERIA.**

En los diferentes países existen leyes que regulan la practica de la profesión

### **CRITERIOS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA**

Establecer y poner en practica criterios constituye la principal función de una organización profesional. Además evalúa el cuidado en términos de eficiencia y calidad.

### **TEORIAS DE LA ENFERMERIA Y EL MARCO CONCEPTUAL**

El desarrollo de la teoría es considerado por muchas enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos utilizados por las enfermeras se derivaban de las ciencias físicas y de las ciencias de la conducta.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los años 60 y ha progresado marcadamente desde entonces con la ayuda de muchas enfermeras teóricas y la participación de las enfermeras en las conferencias sobre la teoría y en la investigación para clarificar o hacer válidas las teorías:

1. Tomar prestado el marco conceptual de otras disciplinas y aplicarlo a los problemas de enfermería.
2. Utilizar un planteamiento inductivo; que es, observando varios aspectos de la enfermería en su ambiente de práctica, descubrir las teorías y los conceptos que expliquen los temas importantes para la enfermería.
3. Usar un planteamiento deductivo; que es, buscar la compatibilidad o acoplamiento de una teoría general de la enfermería con varios aspectos de ella.

### **LAS CONDUCTAS PROFESIONALES DE LAS ENFERMERAS.**

1.-Asesora, planea, realiza y, evalúa la teoría, la investigación, y la práctica en enfermería.

2.-Acepta, apoya, y mantiene la independendencia de la teoría, la investigación y la práctica. Estos tres elementos hacen que la enfermería sea una profesión y no, una actividad centrada en las tareas.

3.-Comunica y difunde conocimientos teóricos, prácticos y hallazgos de investigación el equipo de enfermería.

4.-Mantiene la orientación de la enfermería hacia el servicio de los demás a los ojos del público.

5.- Cuida y apoya la organización profesional como la. Referencia principal. Es la actuación bajo el amparo de una organización profesional lo que diferencia una profesión de una ocupación.

#### LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA.

Las enfermeras trabajan en unas variadas, y siempre crecientes, formas y ambientes de trabajo. El centro actual de la práctica, es ampliamente determinado por la situación, las necesidades de los clientes, las actuaciones prácticas de la enfermeras en el área, y los modelos de las organizaciones profesionales.

#### LOS RECEPTORES DE LA ENFERMERIA.

Los receptores de la enfermería son llamados, consumidores, a veces pacientes y otras clientes. Un consumidor es un individuo o grupo de personas, o una comunidad que utilizan un servicio o un producto.

Un paciente es una persona que espera ser sometida a tratamiento medico y cuidado. La palabra paciente significa sufrir o tolerar.

Un cliente es una persona que requiere los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos.

La práctica de la enfermería se desarrolla en cuatro niveles.

1.-Promoción de la salud. Promocionar la salud significa ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes que necesita para mantener y reforzar su bienestar. Su objetivo es elevar el nivel optimo de salud y el bienestar.

2.- Mantenimiento de la salud. Las enfermeras realizan este tipo de actividades con el objetivo de ayudar el cliente a mantener su estado de salud.

3.Recuperación de la salud. Implica ayudar a las personas a mejorar su salud después de un problema o una enfermedad.

4.Preparación ante la muerte. En este caso, la enfermera se ocupa de confortar y cuidar alas personas, sea cual sea su edad, durante la fase terminal y la muerte.

## Derechos del paciente:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción 301 del artículo 73 de esta constitución.

- ☒ El paciente tiene derecho a que se le otorgue atención considerada y respetuosa.
- ☒ El paciente tiene derecho de obtener de su médico información actual y completa en relación con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Tiene derecho a conocer el nombre del médico que este a cargo de su caso.
- ☒ Antes de que inicie cualquier procedimiento / tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para poder otorgar su consentimiento enterado. Excepto en caso de urgencias.
- ☒ El paciente tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento, dentro de los límites de la ley.
- ☒ El paciente tiene derecho a que se le respete totalmente su vida privada, en relación al programa médico de atención que se le aplique.
- ☒ El paciente tiene derecho de esperar que toda la comunicación y registro que pertenezcan a su caso se mantengan en secreto.
- ☒ El paciente tiene derecho a esperar que, dentro de sus posibilidades; el hospital responda a las solicitudes de servicios hechos por el paciente.
- ☒ El paciente tiene derecho a que se le proporcione cualquier información relacionada con conexiones que existan entre el hospital en que se encuentra y otras instituciones.
- ☒ El paciente tiene derecho a negarse a participar en experimentos.
- ☒ El paciente tiene derecho a esperar que su tratamiento sea continuo.
- ☒ El paciente tiene derecho de recibir una explicación, de la cuenta de gastos en que ha incurrido.
- ☒ El paciente tiene derecho de saber cuales son los reglamentos y normas hospitalarias que debe seguir como paciente.
- ☒ El paciente tiene derecho a saber que va a morir.
- ☒ Derecho de expresar su propia fe.
- ☒ El derecho a mantener una conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte evitando el dolor.
- ☒ El derecho a conocer la cercanía de la muerte.