



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UNA ADULTA MAYOR CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

GUADALUPE TEJEDA PÉREZ
No. DE CUENTA 9823284-6

ASESORA: M.C.E. NORBERTA LÓPEZ OLGUIN



MEXICO, DF.

JUNIO 2006



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.

¡GRACIAS A DIOS!

Por permitirme llegar hasta el final de esta meta.

A Estela y Ricardo mis padres
que siempre me apoyan en todo y si ellos el camino seria mas difícil

A mi hermano Gabriel
que siempre me ayuda cuando lo necesito

Agradezco a la M.C.E. Norberto López Olguín por todas las veces que necesité de
su asesoría y su ayuda.

A las profesoras Martha Copca Garibay, Victoria Navia Rivera y Sofía Elena Pérez
Zumano por sus comentarios y tiempo dado a la revisión de este trabajo.

Claro sin olvidar a aquellas personas que de alguna u otra manera me brindaron
su apoyo y amistad.

Y en especial gracias mi familia, a Manuel, Ricardo, Carlos, Ángeles, Ernesto,
Alma y Adriana.

¡GRACIAS A TODOS!

GUADALUPE TEJEDA PEREZ

La vejez se asemeja a la conquista de una montaña. Cuando más asciende uno más cansado y falto de aliento se siente; pero al mismo tiempo se va haciendo más amplio el panorama.

Disfruta de tu vejez y goza de las maravillas de la vida.

ORAR:

Es el poder más grande sobre la tierra

AMAR:

Es un privilegio que Dios nos ha dado

PENSAR:

Es la fuente del poder

DAR:

Es la forma de recibir

REIR:

Es la música del alma

TRABAJAR:

Es el precio del éxito

Anónimo

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	9
4. METODOLOGIA	10
5. MARCO TEÓRICO	11
5.1 ENFERMERIA	
5.1.1. Antecedentes históricos	11
5.2. CONCEPTOS DEL CUIDADO	16
5.3. ELEMENTOS PARA EL CUIDADO.	
5.3.2 Conocimiento	18
5.3.3 Tecnología	19
5.3.4 Creencias y valores	19
5.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	
5.4. 1 Antecedentes	20
5.4.2 Concepto	21
5.4.3 Valoración	22
5.4.3.1 Tipo de datos	23
5.4.3.2 Métodos para obtener datos	23

5.4.3.3 Validación y organización	25
5.4.3.4 Documentación y registro	25
5.4.4 Diagnóstico	
5.4.4.1 Tipos de diagnósticos	27
5.4.5 Planificación	
5.4.5.1 Establecer prioridades en los cuidados de la persona con resultados específicos	28
5.4.5.2 Planteamiento de los objetivos	29
5.4.5.3 Elaboración de las intervenciones de enfermería	31
5.4.5.4 Documentación en el plan de cuidados	32
5.4.6 Ejecución	32
5.4.7 Evaluación	33
5.5 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	
5.5.1. Datos biográficos	34
5.5.2 Supuestos	36
5.5.3 Conceptos básicos	37
5.5.4 Independencia/Dependencia	38
5.6 CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES	
5.6.1 En el adulto mayor.	40
5.7. VALORACION DE ENFERMERIA	
5.7.1 Valoración de las 14 necesidades	42
5.7.2 Identificación de datos Objetivos y Subjetivos.	54
5.7.3 Jerarquización de Necesidades y Diagnósticos de Enfermería.	59

5.8. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	61
5.9 CONCLUSIONES	77
5.10. BIBLIOGRAFIA	78
5.11 ANEXOS	80

1. INTRODUCCIÓN

El documento incluye varios capítulos en los que se abordan los antecedentes de la enfermería, el proceso enfermería con sus etapas, la metodología, el marco teórico donde se abordan brevemente los cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con la etapa de la vida en la que se encuentra, se expone los elementos conceptuales de Virginia Henderson que incluye las 14 necesidades. Para la realización del proceso se realizó la valoración detectando sus necesidades; se recopiló información por medio de la paciente, del expediente clínico así como de sus familiares. Teniendo la información necesaria se elaboraron los diagnósticos por orden de importancia incluyendo en cada uno el grado de independencia dependencia, las causas y fuentes de dificultad, así como su objetivo y las intervenciones a realizar.

Las intervenciones se llevaron a cabo y finalmente se evaluaron. De acuerdo con esta evaluación las intervenciones se mantuvieron o se modificaron según el caso. En la última parte del trabajo se encuentran las conclusiones finales, la bibliografía y los anexos que incluyen el instrumento de valoración que se utilizó, escalas geriátricas, dietas, ejercicios, etc.

2. JUSTIFICACIÓN

La población mundial esta envejeciendo debido a la disminución de las tasas de nacimientos y al aumento en las expectativas de vida de la población. Para el año 2020, se calcula que la población mundial tendrá más de mil millones de personas de 60 años y más y la mayor parte estará en países en vías de desarrollo. En México entre 1998 y el 2030 la población de 65 años y más, aumentará 3.6 veces, hasta llegar a 15.5 millones esperando un incremento absoluto de 11.2 millones. (CONAPO, 2004)

Las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más; son las afecciones cardiacas, seguidas de los accidentes cerebro vasculares y el cáncer.

Considerando estos datos es que, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia como profesional del equipo de salud debe implementar acciones que ayuden al adulto mayor para el mantenimiento de su salud o ante la enfermedad apoyarlo en recuperación.

Este trabajo se realiza por el interés de contribuir al cuidado del adulto mayor ya que durante la experiencia como estudiante y como pasante se identificó la necesidad de ayuda a éste grupo poblacional, puesto que en México muchos adultos mayores son abandonados por su familia y por la sociedad al no existir programas de apoyo para aprovechar sus potencialidades, teniendo en cuenta que aún están en condiciones de ser productivos a través de la relación enfermera persona.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

- Proporcionar cuidado holístico a una adulta mayor para la solución de las necesidades de comunicación, movilidad y postura, nutrición e hidratación y eliminación, permitiéndole el logro de su independencia.

3.2. Objetivos Específicos.

- Realizar la valoración de enfermería con base en las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, para asegurar la valoración integral que reúna los aspectos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Construir los diagnósticos de enfermería a partir del análisis y síntesis de los datos objetivos y subjetivos, definiendo el tipo de diagnóstico: de salud, real y potencial o de riesgo.
- Priorizar las necesidades para decidir la ordenación de los diagnósticos de enfermería, la ejecución de los cuidados y lograr la efectividad de los mismos.
- Aplicación del pensamiento crítico para realizar la evaluación continua de los cuidados a través de la toma de decisiones en cada una de las etapas del proceso y realizar los ajustes necesarios con oportunidad.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERIA

5.1.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería

Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad, cuando el cuidado se centró en la preservación de la raza humana. Cuidar era un acto de vida que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época, el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, mas tarde con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo. A partir de esto las mujeres se dedicaron al hogar, al cultivo de las plantas, al cuidado de los animales y al cuidado de los hijos, por las necesidades propias de su comunidad las mujeres se dedicaron a ayudar a otras mujeres y a sus familias con los cuidados durante el embarazo, el nacimiento, la reproducción y la maduración de los seres humanos.

Estos cuidados garantizaron la supervivencia. Los hombres se dedicaron a la cacería para proveer alimentos a la familia, este acto fue muy cargado de valores simbólicos por lo que significaba el desafío de la caza donde los hombres imponían su talento e inteligencia para dominar a los animales que muchas veces eran muy superiores en tamaño. Estos valores simbólicos marcaron la tendencia a sobrevalorar el trabajo de los varones por la sociedad de esa época. Asegurar la vida era y sigue siendo un hecho cotidiano que no se le ha dado la importancia que merece, puesto que cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida

que tiene el propósito y la función de mantener la vida de los seres vivos para permitirles su reproducción y perpetuación, lo cual seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados (Colliere, 1996).

El nacimiento de la clínica también tuvo lugar cuando el hombre se hizo sedentario y se enfrentó a las creencias de lo bueno y lo malo, este pensamiento duro aproximadamente seis mil años después de la agricultura para extenderse ampliamente hasta la llegada de la Revolución Industrial, época en la que la figura del médico adquirió importancia para librar al hombre del mal; la sociedad inglesa delegó a los médicos la curación de los enfermos para asegurar su incorporación a la vida productiva en los talleres y las fábricas este hecho reforzó el reconocimiento del trabajo médico y el trabajo científico en sustitución de los cuidados para el mantenimiento de ayuda por los cuidados curativos fundamentados en descubrimientos científicos. (Colliere, 1996).

A finales del siglo XX los cuidados médicos se orientaban hacia el restablecimiento en la salud y poco a poco la complejidad de la curación al ser humano se fue transformando en un trabajo especializado, con lo cual el campo de los cuidados quedó aislado y separado de las dimensiones sociales y colectivas ante el problema de la vida y la muerte el cuidado se convirtió en la curación de enfermedades. Los especialistas y los médicos en general no se bastaron por sí solos para tratar la enfermedad y necesitaron mano de obra para ocuparse de mucho trabajo y de esta manera ellos tuvieron la posibilidad de dedicar tiempo a la investigación y tratar mejor las enfermedades. (Medina, 1999)

La construcción disciplinar de la enfermería ha experimentado diversos paradigmas reconocidos por las estudiosas de la enfermería y se señalan enseguida:

El de la categorización (1900-1950) su énfasis se centra en la salud pública; se interesa en la persona y en enfermedad aunque más tarde disminuye su atención en la persona y se centra más en la enfermedad, esta etapa está muy ligada a la práctica médica y a la práctica de la enfermería dirigida por el gremio médico. La bibliografía referida hacia la salud pública se sitúa desde el siglo XII hasta el siglo XIX. Se identifica la necesidad de mejorar la salud y controlar las enfermedades infecciosas, en esta época no se conocían sobre la propagación de las enfermedades infecciosas, las cuestiones espirituales y humanitarias motivaban la mezcla entre cuidados para el mantenimiento de la vida que no era tan conciente por el gremio de enfermería y los cuidados curativos que tenían como la prescripción médica (Kerouac, 2001). En esta época surge Florence Nightingale quien gracias a su educación, personalidad, experiencia y vocación tenía conciencia de retomar fuertemente los cuidados para el mantenimiento de la vida y continuar los cuidados para la curación, enfrentó el desafío de organizar el servicio de enfermería en los hospitales de Inglaterra. Por sus conocimientos en matemáticas recopiló estadísticas sanitarias para implementar acciones que impactaron en la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad, en menos de seis meses las enfermeras ganaron respeto por el gremio médico en el hospital. La preocupación de Nightingale se centraba en las personas sanas y enfermas; su visión era proporcionarles un mejor entorno para que las fuerzas de la naturaleza les ayudaran a la curación al mantenimiento de la salud, a la prevención de

infecciones y a la enseñanza en modos de vida sana por lo que el control de las condiciones sanitarias fueron su prioridad.

Nightingale, consideraba a la persona según sus componentes; físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como su capacidad y responsabilidad para modificar las situación existente. El aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y la dieta los consideraba básicos para la movilización de la energía y la curación y para quien ya gozaba de salud le permitía la conservación de la misma. Nightingale identifico la necesidad de establecer la primera escuela de enfermeras independiente del hospital; las estudiantes eran formadas para trabajar en el hospital, con la familia y la comunidad. En esta etapa la enfermera ayudaba al medico para la curación del cuerpo rescatándolo de la enfermedad por lo tanto el cuidado estaba enfocado a resolver problemas e incapacidades y existía una dependencia medico-enfermera, el paciente era concebido por un todo por la suma de sus partes pero dividido en lo biológico, lo psicológico y lo social. El entorno era considerado hostil y causante de infecciones y enfermedad. Mas tarde con el descubrimiento de los microorganismos 1683, por Alexander van Leeuwenhoek (Encarta, 2004) mas tarde se descubren los antibióticos y los antisépticos teniendo como innovación el uso de métodos de asepsia y técnicas quirúrgicas con estas mejoras la estancia hospitalaria se disminuyo. Las enfermeras se interesaron en la investigación la organización de lo cuidados y la estandarización las intervenciones de la enfermería “cuidados”. En esta época surgieron las escuelas de enfermería, primero integrados al hospital y después de manera independiente.

El paradigma de la integración se ubica entre 1950-1975, se caracteriza por: la urgencia de programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación como consecuencia de la crisis provocada en la Segunda Guerra Mundial, lo que favoreció la creación de la seguridad social y el reconocimiento de la necesidad de un servicio de enfermería humanizado (Kerouac, 2001).

El servicio de enfermería se centra en el cuidado a la persona, la cual es definida como un todo más que la suma de sus partes, con interrelación de los componentes biológico, psicológico y sociocultural. La salud se concibe como un ideal que se consigue según el contexto de la persona, influyendo el entorno de manera positiva o negativa.

El trabajo de enfermería es considerado de colaboración, sus intervenciones se traducen en actuar con la persona a fin de ayudarla a resolver sus necesidades, el cuidado a la salud, poniendo énfasis en lo físico, mental y social. Se aplica el proceso de enfermería con mayor sustento teórico de la disciplina, la investigación avanza al apropiarse de conocimientos de otras disciplinas como la psicología, epidemiología, sociología, entre otras.

Por último **el paradigma de la transformación** que abarca de 1975 en adelante, se caracteriza por la apertura de las fronteras, la mentalidad, el intercambio cultural, la movilización de dinero y de personas. A la persona se le considera como un ser indisociable, único, mayor a la suma de sus partes y diferente a esta suma, capaz de ser agente de su propia salud y autocuidado.

La enfermera interactúa con la persona en una relación de iguales, con respeto y reconociendo sus potencialidades para aprovecharla en beneficio de su salud y su desarrollo personal. (Kerouac, 2001)

Gracias a que la enfermería tiene historia, teoría, práctica, filosofía, método, cuerpo de conocimiento, lenguaje propio y tecnología, se ha convertido en una disciplina.

5.2. CONCEPTOS DE CUIDADO

Desde el punto de vista de la disciplina el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirlas de otras disciplinas en el campo de la salud. (Medina, 1999). El adjetivo *caring*, en enfermería se utiliza para designar los cuidados profesionales, que la enfermera lleva acabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes.

El cuidado es el elemento esencial de la relación enfermera-paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales.

Mayerof (1971), determina los atributos generales del cuidado: el cuidado ayuda a otra persona *permite el desarrollo y la actualización del yo*, es un proceso de interrelación que implica el desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Cuidar no consiste en imponer pautas de conductas ajenas a la persona, sino mas bien, contribuir a la realización de su proyecto personal, de aquí se deriva un atributo del cuidado; “*la comprensión*”. Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro.

“Cuidar es un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida permitiendo que continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades”.
(Colliere, 1996)

Cuidados de costumbres y habituales (*care*): son los cuidados permanentes y cotidianos (capacidades y habilidades) que tienen como única función mantener la vida se basan en todo tipo de costumbre y creencias de un grupo.

Cuidados de curación (*cure*) garantizan la continuidad de la vida, cuando se obstaculiza por: hambre, enfermedad, guerra, etc. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y limitar sus causas.

Cuando prevalecen los cuidados de curación sobre los de cuidado de costumbre “se aniquilan progresivamente las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan la fuentes de energía vital ya sean físicas, afectivas sociales, etc., esta aniquilación puede llegar a un deterioro irreversible” (Collier, 1996)

5.3. ELEMENTOS PARA EL CUIDADO

Se necesitan los siguientes elementos:

5.3.1 Conocimientos. Se adquieren durante la formación, son importantes por ser la base de los cuidados, estos deben ser variados, para que puedan cubrirse de manera satisfactoria las necesidades de las personas, familias o comunidades.

5.3.2 Tecnología. Es el conocimiento de los instrumentos que emplea enfermería en su práctica, sus cuidados recurren a diversas tecnologías para el mantenimiento de la vida y para curación. El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para prestar cuidados por sus propiedades energéticas, mecánicas., etc. El cuerpo utiliza los órganos de los sentidos para cuidar, a través del tacto puede tocar, levantar, vendar, sentir, etc; con el oído transmite mensajes, diferencia silencios anormales, oye llantos e intenta comprender el simbolismo de las palabras. La vista sitúa a las personas en su entorno, descifra mensajes enviados por el cuerpo.

Se deben tomar en cuenta, además, las tecnologías para el mantenimiento de la vida, para curación y las tecnologías de información.

5.3.2.1 Tecnología para el mantenimiento de la vida compensa defectos funcionales, buscando dar una autonomía parcial o total a la persona cuidada. El conocerlos, utilizarlos, recomendarlos y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

5.3.2.2 Tecnología de curación la utilizan los médicos, son ellos quienes las prescriben para que enfermería las lleve a cabo, "todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal o del daño funcional que espera curar o suplir, centrándolo en las costumbres y actividades de la vida" (Colliere, 1996).

5.3.2.3 Tecnologías de información utiliza instrumentos para recoger y organizar datos, para dar así continuidad y evaluar los cuidados.

5.3.3 Creencias y valores. Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, creencias y valores, estando vinculados tanto los que cuidan como

los que requieren cuidados; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y cambian, para tomar conciencia de la variedad de las creencia y valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería.

5.4. PROCESO DE ENFERMERIA

5.4.1 Antecedentes históricos

La ciencia de enfermería tienen una amplia base teórica y el proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. El proceso de cuidados es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publico la *Standards Nursing Practice*, que describe las cinco fases del proceso de enfermería:

- 1) **Valoración:** es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los dato de la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- 2) **Diagnóstico de Enfermería:** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3) **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.
- 4) **Ejecución.** Es poner en práctica los cuidados programados.
- 5) **Evaluación.** Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

5.4.2 CONCEPTO

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es útil para identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

El proceso de enfermería es un método intelectual y deliberado, cuenta con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados dirigidos al bienestar de la persona, comunidad, o ambos. (Phaneuf, 1999).

Los objetivos son: establecer una estructura que pueda cubrir, las necesidades individuales de la persona., identificar necesidades reales y potenciales de la persona, establecer planes de cuidados individualizados, actuar para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera: Definir el campo del ejercicio profesional a partir de las normas de calidad de los cuidados de enfermería; logrando como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivenciar el crecimiento profesional

Ventajas para el paciente: Participación en su propio cuidado. Identificación de la continuidad de sus cuidados, experimentar las mejoras en su salud.

5.4.3 VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería, puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen a la persona como fuente primaria, la familia, el expediente clínico o a cualquier otra persona que dé atención a la persona que este a nuestro cuidado.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, textos de referencia. A través de la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como otras fuentes que sean de utilidad, se pretende contar con todo aquello referente a la persona que esta siendo cuidada, que aporte información importante sobre sus características, dificultades o padecimiento actual, así como sus hábitos, entorno y la relación que existe en su familia.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de

Enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

5.4.3.1 Tipo de Datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

Datos objetivos: están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento. (Murray, 1996)

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

5.4.3.2 Métodos para Obtener Datos.

Entrevista clínica, tiene como objetivo obtener información sobre la persona. Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la

entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista, es un proceso que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/persona, permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a determinar, qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación, Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

- 1) Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- 2) Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- 3) Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel

- 4) Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

5.4.3.3 VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Su propósito es confirmar que la información que se ha reunido es verdadera. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados. Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayuda a identificar problemas y posibles diagnósticos de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas (Henderson, citado en Marriner 1999).

5.4.3.4 DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es la actividad de informar y registrar los datos para dar un seguimiento o acelerar el diagnóstico y tratamiento del paciente, los propósitos que siguen esta comunicación y registro son:

- Mantener la comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
- Demostrar la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad establecidas.
- Permitir la evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- Evidencia de carácter legal.
- Permitir la investigación en enfermería

Las normas para la correcta anotación de registros en la documentación de acuerdo con Iyer, (1989) son:

- 1) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- 2) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- 3) Evitar las generalizaciones y los términos vagos (normal, regular).
- 4) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño.
- 5) La anotación debe ser clara y concisa.
- 6) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- 7) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

5.4.4 DIAGNÓSTICO

Es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos obtenidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para la persona así como las fuentes de dificultad que las provoca.

El diagnóstico de enfermería es el “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir las

intervenciones encaminadas a lograr los objetivos que son responsabilidad de enfermería.” (Phaneuf, 1999)

5.4.4.1 Tipos de diagnósticos

Si se considera el diagnóstico enfermero según su virtualidad, se puede decir que existen cuatro tipos:

- Real: el problema es actual y las manifestaciones son observables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).
- Alto Riesgo: es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores de riesgo (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es una persona que comprenda que, puede lograr un nivel funcional más elevado si lo desea o si, es capaz.

5.4.5. PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- Alta Prioridad: problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.
- Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería. (Kozier, 1999)

La planeación incluye las siguientes sub-etapas:

5.4.5.1. Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Todas las necesidades, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías: prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

5.4.5.2. Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados: Describe lo que lo enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería. Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a corto plazo: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo: requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo mas prolongado. (Kozier, 1999)

Objetivos del paciente. Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos

5.4.5.3. Elaboración de las intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo se cual realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

- Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
- Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- Intervenciones interdependientes: trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud. (Kozier, 1999).

5.4.5.4. Documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales. (Iyer, 1997). Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

5.4.6 EJECUCIÓN

La fase de ejecución, es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Validación del plan de atención. Se necesita buscar fuentes apropiadas para validar el plan como colegas más expertos, otros miembros del equipo

de salud y el paciente, dándole así la oportunidad de participar en su propia atención.

- Documentación del plan de cuidados. Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son: **individualizados**, son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes **estandarizados** con modificaciones, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud.

5.4.7. EVALUACIÓN.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, la enfermera se da cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones. El proceso de evaluación consta de:

- La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

- Comparación con los resultados esperados.
- Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados (Phaneuf, 1999). La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.5. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON DE ENFERMERIA

5.51. Datos biográficos.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la Primera Guerra Mundial, despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1955 publico en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntado o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible" (Marriner, 1999).

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad. Es la función por medio de la cual el organismo inspira del exterior oxigeno para mantener la vida y elimina del interior los gases nocivos

2. Comer y beber adecuadamente. Es necesidad de cada organismo el consumir una dieta que sea completa, equilibrada, suficiente, adecuada para mantenerse en buen funcionamiento
3. Eliminar los desechos del organismo. El organismo debe desechar los residuos acumulados por el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elemento no útiles, por medio de la orina y las heces
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. El mantener una buena postura y realizar ejercicio físico permite tener una mejor circulación permitiendo así mejorar las funciones del cuerpo
5. Descansar y dormir. Es una necesidad básica para el ser humano debe cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacerla, a fin de tener un funcionamiento optimo.
6. Seleccionar vestimenta adecuada. La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, forma parte de su cultura y es un rasgo que lo hace diferente de los demás.
7. Mantener la temperatura corporal. La temperatura corporal es le grado de calor que genera el cuerpo en un determinado momento. La temperatura en un adulto mayor sano oscila entre los 36 y 36.5 °C
8. Mantener la higiene corporal. La higiene corporal es una forma de conservar la salud física, además el cuidar la piel ayudara a impedir la entrada de cualquier microorganismo.
9. Evitar los peligros del entorno. El ser humano debe protegerse de todo agresión externa o interna, par mantener así la integridad física.

10. Comunicarse con otros. La comunicación es un proceso en donde se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas, comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona puede relacionarse con otra, utilizando como medio los sentidos
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión. Cada persona se desenvolverá en la sociedad de acuerdo a sus valores o educación recibida
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado. El trabajar es una forma en la que el individuo desarrolla su capacidad creadora, es un medio para conseguir el sustento diario permitiéndole así satisfacer necesidades básicas.
13. Participar en actividades de recreación y ocio. Es el realizar actividades con el fin distraer o entretener al individuo ayudándolo a tener momentos de descanso.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. El adquirir conocimiento y habilidades, ayuda al ser humano a modificar comportamientos para alcanzar, mantener o recuperar una su salud.

5.5.2. SUPUESTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

- “Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud; la salud se expresa en sensación de bienestar, al perderla se buscan los medios para recuperarla lo más rápido posible.

- Cada individuo es una totalidad completa que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo en su integridad, ni es independiente” (García, 1997)

VALORES

- “La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales.
- Cuando la enfermera desempeña el papel de medico, delega su función a otro personal preparado de forma inadecuada.
- La sociedad busca y espera de la enfermería un servicio único y comprometido que ningún otro trabajador pueda prestar” (García, 1997)

5.5.3. CONCEPTOS BÁSICO

PERSONA: Individuo que necesita asistencia para alcanzar salud de independencia o una muerte tranquila, el paciente y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

SALUD: Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel mas alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

ROL PROFESIONAL: Acciones que lleva acabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente. (Marriner, 1999)

Henderson identificó tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia a la practica independiente.

- a) Sustituta del paciente: En estado de enfermedad grave la enfermera se considera como un sustituto de las necesidades del paciente para sentirse integro o independiente.
- b) Auxiliar del paciente: Lo ayuda para adquirir o recuperar su independencia.
- c) Compañera del paciente: Imparte educación al paciente y a la familia logrando así una relación importante con el paciente. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo mas normal posible.

5.5.4. INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA

“Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. A fin de mantener en estado optimo la propia salud. Cundo esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad”. (Fernández, 1993)

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser

considerados de acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Se presenta cuando una necesidad no esta satisfecha por la presencia de alguna dificultad, apareciendo así manifestaciones de dependencia.

Causas de la dificultad

Son obstáculos, limitaciones personales, o problemas del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, estas son:

- a) Falta de fuerza: no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también a la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, tomando en cuenta el estado emocional e intelectual.
- b) Falta de conocimiento: se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la enfermedad.
- c) Falta de voluntad: la persona no se compromete o esta incapacitada para satisfacer sus necesidades.

Aplicación del Modelo de Virginia Henderson

Este modelo es aplicable en todas las etapas, ya que en las etapas de valoración y diagnostico sirve de guía en la recogida de datos, en el análisis y síntesis de los mismos; determinándose el grado de independencia/dependencia de cada

necesidad, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición del problema y su relación con las causas de dificultad.

En las etapas de planificación y ejecución, se formulan objetivos en base a las causas de dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia, ayuda o compañía) y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, cuando sea posible, en su propio cuidado.

En la etapa de evaluación, este modelo ayuda a determinar los criterios que indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, según esta autora la meta es ayudar al individuo a conservar su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápido posible, nuestra actuación tiene como objetivo ayudarle a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo a sus capacidades y recursos

5.6 CAMBIOS BIOFISIOLOGICOS Y PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

5.6.1. EL ADULTO MAYOR

Cada ser humano envejece a ritmo diferente. El envejecimiento representa un conjunto de cambios que aparecen en la persona a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, es diferente en cada persona, es el paso del tiempo sobre el organismo y no el producto de las enfermedades. Estos cambios son biológicos, fisiológicos, sociales, psicológicos.

En los cambios biológicos, existe una disminución natural en el número de motoneuronas, atrofia de las glándulas sudoríparas, reducción del flujo sanguíneo cerebral y disminución del número de neuronas en médula ósea y cerebro; disminución del peso cerebral. (Kaschak, 1994)

Los *cambios físicos* se deben a modificaciones tisulares; se presenta reducción de masa muscular, orgánica y esquelética, aparición de canas, arrugas, pérdida de piezas dentarias, disminución de la agudeza visual y auditiva, excesiva acumulación de cerumen, descenso progresivo de la altura, pérdida de fuerza muscular.

Entre los *cambios psicológicos* están: el revisar los logros de su vida, afrontar la pérdida de amigos o del cónyuge, teniendo como consecuencia la aparición del sentimiento de soledad, amargura depresión pudiendo llegar al suicidio. (Cook, 1993), La pérdida de la memoria reciente es la afectación más generalizada en el anciano, ocurre evocación de los hechos del pasado, es difícil la retención de sucesos recientes.

Los ancianos rechazan el consumismo, los ideales de belleza, de vitalidad, por considerarlo inútil e improductivo, con frecuencia experimentan el abandono familiar, incomunicación, jubilación, disminución del ingreso económico la falta de participación social, escasa y baja calidad de la asistencia médica y social. (Enfermería gerontológica, 1993)

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha aplicado la metodología del proceso de enfermería como un recurso que asegura al profesional de enfermería, la sistematización del cuidado, la individualización del mismo y el abordaje holístico en cada una de las etapas del proceso.

En este punto, cabe señalar que el trabajo se realizó con estricto apego al método que establece el proceso de enfermería y consisten en: valoración, diagnóstico, planificación de los cuidados, ejecución y evaluación de los mismos, sin olvidar que estas etapas se señalan con fines didácticos para la mejor comprensión de los mismos, sin embargo durante la aplicación estas etapas ocurren de manera natural imbricadas, puesto que cuando se realiza la valoración a la vez estamos en la posibilidad de disponer de datos objetivos y subjetivos, de realizar la jerarquización de las necesidades, de construir los diagnósticos, de identificar su tipo, de pensar en la planificación y ejecución de los cuidados y hasta de asegurar una evaluación favorable, esto solo a manera de ejemplo ya que si analizamos cada una de ellas ocurre lo mismo con las demás etapas.

La valoración se realizó mediante la aplicación de una guía de valoración con base en las catorce necesidades de Virginia Henderson, se complemento con las escalas geriátricas; el Minimental, que evalúa de forma breve, funciones como: orientación, atención, calculo, memoria; la de KATZ, que evalúa las actividades básicas de la vida diaria; la de LAWTON, hace referencia a las actividades instrumentadas de la vida diaria; la escala de TINNETI, que evalúa marcha y

balance y por ultimo la escala de Depresión Geriátrica (GDS), que permite identificar la presencia de signos de depresión.

Los diagnósticos de enfermería se construyeron con base en los lineamientos teóricos (www.terra.es/personal/duenas/paehtm) de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

Se planearon los cuidados que conducen a prevenir, reducir o limitar la dependencia, después se plantearon los objetivos conjuntos; enfermera-persona, se realizaron los cuidados tomando en cuenta; el conocimiento, la fuerza y la voluntad de la mujer, así como el apoyo de la familia. Por último se elaboraron las conclusiones.

5.7 VALORACIÓN DE ENFERMERIA

5.7.1 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.

DATOS GENERALES

Albertina, de: 72 años, casada, con escolaridad de primaria completa, ama de casa, originaria y residente de México, Distrito Federal. Fecha de evaluación: 25 de Febrero 2006

1. Necesidad de oxigenación.

No presenta dificultad para respirar, niega hábito de fumar, ella considera que el cigarro contamina el aire. El lugar donde trabaja afecta su oxigenación ya que en el taller donde se encuentra la mayor parte del tiempo se repara calzado existe polvo que se libera por la limpieza de los zapatos, mismo que respira

constantemente, por lo que refiere rinorrea de característica hialina y de producción constante.

A la inspección se observa expansión torácica completa, respiraciones continuas, sin esfuerzo y regulares, con frecuencia de 20 respiraciones por minuto. Las mamas muestran piel intacta, pezón bien formado, areola redonda hiperpigmentada, con ausencia de secreción, nodulaciones, tumefacciones y dolor. A la auscultación no hay sibilancias ni estertores., su frecuencia cardiaca es de 71 por minuto, su presión arterial es de 110/80, con llenado capilar al segundo. A la palpación hay dolor en clavícula izquierda por una fractura antigua que sufrió de niña.

Es parcialmente dependiente por falta de conocimiento; refiere constante rinorrea por presencia de polvo en el lugar donde labora, por lo que presenta riesgo de sufrir complicaciones respiratorias.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Regularmente consume: pollo 3/7, verduras 4/7, frutas 4/7, carne roja 1/7, cereales 3/7. No tiene preferencia por ningún alimento, le desagrada la carne de res, ingiere en promedio 2 a 3 vasos de agua al día, realiza 2 alimentos al día, no consume suplementos alimenticios.

Actualmente presenta molestias para masticar ya que cuenta con una prótesis parcial, que esta desajustada.

A la inspección se observa abdomen con panículo adiposo regular, muestra tres cicatrices muy cercanas una de otra por cirugías: salpingectomia por embarazo

ectópico, histerectomía por miomas y una hernioplastia umbilical, a la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales, a la palpación superficial y profunda hay dolor ligero en la región del hipogastrio relacionado con hernia recidivante; a la percusión se encontró sonido mate en el área hepática y sonido timpánico en el área gástrica. Pesa 49 Kg. y mide 1.50 Mts., su índice de masa corporal es de 21.7. Los datos relevantes de laboratorio son: B.H. eritrocitos 4.34 millones, leucocitos 60 mill/dl Hb; 14 Mg/dl, Plaquetas y Química. Sanguínea: glucosa de 231 Mg/dl, nitrógeno ureico de 14.3 y creatinina de 72. De estos resultados cabe señalar que la cifra alterada en este estudio fue la glucosa, la nutriologa le prescribió su dieta, con la cual logro la estabilización por referencia de la señora Albertina. No fue posible obtener su reporte de laboratorio por cambiar de servicio; de geriatría a medicina interna. Sin embargo se realizaron dos valoraciones subsecuentes al solicitarle que después de su consulta en medicina interna pasara al servicio para platicar con ella.

Realiza 2 comidas al día. La causa de la dificultad es por falta de fuerza y de voluntad.

3. Necesidad de eliminación.

Evacua una vez al día, las características de las heces son: de color marrón, sin presencia de sangre ni moco, son de consistencia dura. Refiere estreñimiento, utiliza ciruela pasa como laxante natural. Su actividad limitada influye en su eliminación intestinal ya que la mayor parte del tiempo esta sentada.

Micciona de 2 a 3 veces por día, la orina es de color ámbar, olor característico y la cantidad aproximada es de 100 a 150 ml por micción, no refiere dolor, ardor, prurito o dificultad para orinar. A la inspección se encontró el abdomen con ligera distensión, a la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales.

Esta necesidad se ve afectada por la relación que tiene necesidad de nutrición e hidratación al no incluir suficiente cantidad de fibra y líquidos en su dieta, por lo que la señora Albertina es parcialmente dependiente, por falta de voluntad y de conocimiento.

4. Necesidad de movilidad y postura.

Su actividad física normalmente es moderada, va al mercado, realiza los quehaceres de la casa, no realiza ejercicio en forma, refiere dolor en pierna izquierda y fatiga.

El lugar donde trabaja es pequeño, ella se sienta en un banco para trabajar, refiere dolor en espalda baja y piernas. Se infiere que el dolor ocurre por no tener un respaldo donde apoyarse.

Ella vive en un departamento que cuenta; con 2 recamaras, baño, zotehuela.

Durante la exploración física se encontró; a la inspección de miembros superiores, presencia de vello, piel deshidrata, con equimosis en ambos brazos por punciones durante de la estancia hospitalaria; es capaz de realizar movimientos de flexión,

rotación y extensión, uñas limpias, llenado capilar de 1 a 2 segundos, pulso radial y braquial palpable.

En los miembros inferiores a la inspección se encontró piel sin vello, deshidratada con edema (+) en ambos tobillos y pequeñas ramificaciones de capilares. Los pies tienen uñas cortas y saludables.

A la palpación se identifican pequeñas nodulaciones en la cadera de lado izquierdo, dolor en rodillas, tobillos y pantorrillas, por lo que al caminar existe molestia, movimientos de flexión y extensión con un poco de dificultad por dolor.

Es parcialmente dependiente ya que las molestias físicas que presenta la limitan a para ir a lugares distantes esto lo podemos verificar en la Escala de actividades instrumentales de Lawton (ver anexo)

5. Necesidad de descanso y sueño.

El tiempo que destina para descansar es en promedio 1 hora, duerme aproximadamente 7 a 8 horas, no tiene dificultad para hacerlo. En ocasiones su estado de ánimo (preocupaciones y problemas) influye en su descanso y sueño ya que esta inquieta y le cuesta trabajo dormir.

El lugar en donde vive no influye en su descanso y sueño, ya que su cama es matrimonial, cómoda, con un colchón de buen soporte, cuenta con buena iluminación.

A la inspección esta conciente, tranquila, cooperadora, atenta y contesta con coherencia y con seguridad, refiere sentirse triste y sin ganas.

Esta necesidad no se encuentra afectada en este momento pero se identifica el riesgo al insomnio por las preocupaciones, por lo que se señala parcialmente dependiente, por falta de conocimiento.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Albertina es independiente para vestirse, elige su vestuario, en ocasiones su estado de ánimo influye para la selección de sus prendas, ya que cuando se siente deprimida no tiene ganas de arreglarse y refiere que se pone lo que encuentra.

En temporada de calor utiliza prendas ligeras y cuando hace frío utiliza ropa gruesa o algunos accesorios como bufanda, guantes, etc. Ella refiere que donde trabaja es muy frío por lo que utiliza chalecos, calcetas gruesas o envuelve sus pies en periódico para mantenerlos calientes.

Durante su estancia hospitalaria, acepta la bata, la cual se encuentra limpia, en su casa comúnmente utiliza faldas, calcetas gruesas, blusas, chalecos, huaraches.

En esta necesidad, ella es independiente.

7. Necesidad de termorregulación.

En su casa regularmente la temperatura es templada, tiene buena ventilación e iluminación, aunque el taller donde trabaja es frío.

Para mantener su temperatura corporal utiliza ropa gruesa o ligera según sea el caso, toma líquidos calientes. Su temperatura corporal es de 36.5 °C, en la medición axilar. A la palpación las extremidades inferiores se encuentran frías.

En esta necesidad, ella es independiente.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Se baña diario, por las mañanas. Se lava los dientes 1 vez al día, no conoce la técnica de cepillado, ya que lo hace de forma horizontal.

El aseo de manos lo realiza después de ir al baño, antes de comer, antes de preparar los alimentos o cuando sea necesario; el corte de uñas lo hace de forma circular y utiliza una lima para darles forma cuando las ve largas.

A la inspección tiene buena presentación, no hay olores desagradables, su ropa esta limpia, cabello bien peinado, no hay resequedad en cuero cabelludo, ni caspa. Su boca es mediana, color rosado uniforme, labios delgados deshidratados y fisurados, presenta prótesis dental parcial inferior y superior.

Hay ausencia de piezas dentarias: a nivel superior incisivo central derecho, incisivo lateral izquierdo; a nivel inferior canino izquierdo, incisivo lateral izquierdo, 2° premolar derecho y 1er premolar izquierdo. Se observa placa e irritación de papilas, lengua saburral e hiposalivación.

Miembro superiores con vello, hay de equimosis en ambos brazos por punciones durante su estancia hospitalaria y resequedad. Miembros inferiores con edema (+). A la palpación la piel presenta pérdida de elasticidad, un poco áspera, pulso radial y braquial palpable, llenado capilar de 1 a 2 segundos.

En esta necesidad la paciente es parcialmente dependiente ya que ha descuidado su higiene dental y cuidados de la piel, por falta de conocimiento y de voluntad.

9. Necesidad de evitar peligros.

Cuenta con el esquema de vacunación completo, se realiza la autoexploración de genitales y de mama una vez al mes; se realizó la prueba del papanicolaou hace 6 meses la cual resulto negativa, conoce la técnica de autoexploración mamaria, se verifico pidiéndole que lo explicara.

No tiene vida sexual activa, no padeció ni padece ninguna enfermedad de transmisión sexual. No consume bebidas alcohólicas, no fuma y no consume drogas. Toma te de tronadora y prodigiosa en ayunas, aproximadamente 250 ml.

El lugar donde trabaja existe riesgo de daño a su salud, ya que hay polvo, objetos punzocortantes y solventes. En casa cuenta con una mascota la cual es un factor de riesgo para caídas.

Conoce las medidas preventivas para evitar accidentes en el hogar: etiquetar los frascos con sustancias peligrosos como: tiner y cloro, no dejar cuchillos a la mano de los niños; en caso de temblor colocarse en lugares que sean seguros, cerrar las llaves de gas, alejarse de cosas que puedan caerse.

A la exploración física, Albertina tiene disminución visual en ambos ojos por opacidad, conjuntiva pálida, reflejos pupilares normales, no hay secreciones, tono de voz audible. Refiere disminución de fuerza en ambos brazos, dolor en pierna izquierda por lo cual se ve limitada a realizar algunas actividades.

Es parcialmente dependiente ya que por su limitación visual y por algunos problemas al caminar aumenta el riesgo de algún daño.

10. Necesidad de comunicarse.

Su familia está integrada por su esposo, tres hijos: tres hijas y 14 nietos en total.

Viven en la misma casa su esposo, su hija Virginia, su hijo Manuel quien padece psicosis paranoide y dos nietas.

Ella refiere tener problemas de comunicación con sus hijos y con su esposo.

Con su esposo, no se lleva bien, debido su carácter agresivo y a que él tiene otra mujer con la que tiene dos hijos adultos, lo que la llevo a que la relación se deteriorara. Ella ha tolerado esta situación porque socialmente aprendió que “la mujer debe estar con su marido y atenderlo”, aunque continuamente tiene dificultades con él, ella refiere sentir maltrato verbal.

Alberto es el hijo mayor de 48 años, es chofer está casado tiene 5 hijos; Virginia tiene 46 años es Licenciada en Historia, esta separada, tiene 2 hijas y se dedica a vender artículos personales, le sigue Socorro de 44 años termino el bachillerato, es viuda con 2 hijos y es empleada de limpieza en una iglesia; Manuel de 42 años es soltero, termino bachillerato, es reparador de calzado y sufre de psicosis paranoide desde 1986, el penúltimo hijo es Andrés de 40 años casado tiene 3 hijos y es ingeniero automotriz, el reside en Puebla; por ultimo esta María de la Luz de 38 años, con secundaria terminada, esta casada con 2 hijos y se dedica al hogar.

Los problemas con Alberto y Andrés son porque no la visitan ni la ayudan económicamente, con su hija Virginia no se lleva bien porque tienen dificultades por la casa, ya que las escrituras están a nombre de ella y continuamente hace

comentarios de que no quiere que sigan viviendo ahí; Albertina refiere que las hijas, de Virginia, sus nietas, no muestran ningún respeto hacia ella.

Los más cercanos y con los que tiene buena relación son: su hijo Manuel y María de la Luz; ambos ayudan a doña Albertina, Manuel la acompaña a sus citas al medico, él esta mas pendiente de su tratamiento y de que coma bien, María de la Luz aunque la visita cada fin de semana la ayuda en lo que puede y trata de ser un apoyo para ella.

Esto trae como consecuencia que la paciente refiera sentirse triste hasta el grado de decir: “creo que ya estoy viviendo tiempo extra, mejor prefiero descansar y no tener problemas”. (Ver figura 1)

En esta necesidad es parcialmente dependiente ya que la relación que tiene con su familia no es buena lo que le impide comunicarse con ellos, provocando así que su estado de ánimo decaiga, podemos tomar como referencia la Escala de Depresión Geriátrica (anexo); la causa de la dificultad es por falta de fuerza por su estado emocional y por falta de conocimiento de si misma al no poder expresar sus sentimientos.

11. Necesidad de creencias y valores

Es católica acude a la iglesia cada semana acompañada de su hijo Manuel o su hija María de la Luz

Para ella un valor es:”algo importante, algo que se inculca desde pequeños y que te ayudara en el lapso de la vida”. Sus valores aprendidos de mujer casada la hacen sentirse obligada a seguir viviendo con su esposo. A pesar de la infidelidad

de él, la doble vida que ha llevado por tener otra mujer y otros hijos, aunque él nunca se ha separado de ella.

El significado que ella tiene de la vida es que: “es algo hermoso que nos da Dios, debemos disfrutarla y valorarla”. Ve a la muerte como “un proceso por el cual vamos a pasar todos, es quizá el inicio de algo mejor”. En ésta necesidad, es independiente.

12. Necesidad de trabajo y realización.

El rol que desempeña es el de mujer, esposa, madre y abuela; esta satisfecha por que cree cumplir con todas sus responsabilidades y pone todo su empeño en llevar una buena relación.

Para ella es importante participar en el ingreso económico. Refiere que aunque sea poco el dinero que aporta, para algo servirá, además le permite cubrir sus necesidades básicas.

Las actividades que realiza en el hogar son lavar trastes, la ropa, barrer, ir al mercado generalmente acompañada, preparar los alimentos, trapear, etc. No realiza ninguna actividad altruista.

Para tener ingresos económicos: trabaja con su esposo en el taller de reparación de calzado y realiza manualidades de fieltro; juegos de baño, mantelitos, figuras etc. Para resolver todos los gastos también recibe gasto de su esposo, lo que gana en su taller. En esta necesidad es parcialmente dependiente.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

No le gusta jugar, refiere no tener ánimo. Considera parte de su recreación las manualidades, también le gusta hacer composturas de ropa y pegar cierres. Es parcialmente dependiente, la causa es por falta de fuerza y de voluntad.

14. Necesidad de aprendizaje

No tiene ningún problema que interfiera con su aprendizaje. Cuenta con primaria completa. El significado que tiene la escuela “es donde aprendemos a leer, escribir y muchas cosas mas”, refiere que en su época no era tan importante asistir, además de que no tenía los recursos para seguir estudiando. Es independiente y acepta recibir enseñanzas y recomendaciones.

5.7.2 IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NEC.	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
1. Oxigenación	No hay dificultad para respirar, no fuma. El lugar donde trabaja afecta su oxigenación ya que en el taller se repara calzado y se libera polvo por la limpieza de los zapatos, mismo que respira constantemente	FR: 20 por min. FC: 70 por min. T/A: 110/80. Llenado capilar al segundo.	Parcialmente dependiente
2. Nutrición e hidratación	Dieta habitual: pollo 3/7, verduras 4/7, frutas 4/7, carne 1/7, cereales 3/7, ingiere de 2 a 3 vasos de agua al día. No consume suplementos alimenticios, realiza dos comidas, dolor ligero al masticar por prótesis dental mal ajustada.	Piel y mucosa oral con ligera deshidratación. Peso de 49 kg. Talla de 1.50 cm., índice de masa corporal 21.7 Usa placa dental parcial superior e inferior.	Parcialmente dependiente
3. Eliminación	Evacua una vez al día, de color marrón sin sangre y sin moco, de consistencia	Abdomen con cicatrices por histerectomía, hernioplastia	Parcialmente dependiente

	dura, refiere estreñimiento. Consume ciruela pasa como laxante. Micciona de 2 a 3 veces por día, sin molestias.	umbilical y salpingectomía, con ligera distensión, ruidos intestinales presentes. A la palpación hay dolor en hipogastrio relacionado con hernia recidivante.	
4. Movilidad y postura	Actividad física moderada, refiere fatiga. El lugar donde trabaja es pequeño, usa un banco por lo que, al terminar la jornada siente dolor en la espalada baja.	A la palpación de cadera, hay tres nódulos en región glútea izquierda, se tornan dolorosos cuando hace frío. Esta limitada para ir a lugares distantes.	Parcialmente dependiente
5. Descanso y sueño	Descansa en promedio 1 hora, duerme entre 7 y 8 horas, No padece insomnio. Se identifica el riesgo de insomnio por las preocupaciones.	Alerta, cooperadora, atenta, contesta con seguridad. Se observa decaída.	Parcialmente dependiente
6. Usar prendas de vestir adecuadas	No necesita ayuda para vestirse, elige su ropa de manera independiente. En ocasiones por su estado de ánimo no le dan ganas de arreglarse.	Viste acorde a su edad, su ropa esta limpia, comúnmente usa falda, calcetas gruesas, chaleco y calzado tipo guarache.	Independiente

7. Termorregulación	Utiliza ropa ligera o gruesa según sea el caso, su casa es templada, no hay corrientes y su lugar de trabajo, es frío.	Temperatura corporal axilar, 36.5. A la palpación extremidades inferiores con frías.	Independiente
8. Higiene y protección de la piel	Baño y aseo de cavidades diario, por la mañana. Se lava los dientes una vez al día, aseo de manos antes de comer, después de ir al baño, antes de preparar los alimentos.	Durante la exploración se observa limpia. Piel deshidratada y reseca.	Parcialmente dependiente
9. Evitar peligros	Cuenta con esquema de vacunación completo, no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no consume drogas. Toma medidas preventivas para evitar accidentes tanto en el hogar como en su trabajo.	Disminución en la agudeza visual en ambos ojos por opacidad del cristalino, no hay secreciones, tono de voz audible. Equimosis en ambos brazos por punciones durante su estancia hospitalaria.	Parcialmente dependiente
10. Comunicación	Refiere problemas de comunicación con sus hijos y con su esposo. Cree que "la mujer debe estar con su marido y atenderlo", refiere sentir maltrato verbal.	Su esposo tiene otra mujer con la que tiene dos hijos adultos, con quienes nunca ha tenido ningún trato.	Parcialmente dependiente

	<p>Los problemas con sus hijos: Alberto y Andrés son porque no la visitan ni la ayudan económicamente, con Virginia por la casa, ya que las escrituras están a su nombre y continuamente hace comentarios de que no quiere que sigan viviendo ahí; Albertina refiere que las hijas, de Virginia, sus (nietas), no muestran respeto hacia ella.</p> <p>Los más cercanos y con los que tiene buena relación son: Manuel que vive con ella y María de la Luz, que la visita cada fin de semana; ambos la ayudan. (Ver figura 1)</p> <p>Refiere, sentirse triste y dice: “creo que ya estoy viviendo tiempo extra, mejor prefiero descansar y no tener problemas”.</p>	<p>Los hijos de doña Albertina son: Alberto de 48 años, chofer, casado, tiene 5 hijos; Virginia de 46 años, Licenciada en Historia, separada, tiene 2 hijas, vende artículos personales, Socorro de 44 años termino el bachillerato, viuda con 2 hijos, es empleada de limpieza en una iglesia; Manuel de 42 años termino el bachillerato, soltero, trabaja como reparador de calzado y padece psicosis paranoide desde 1986, Andrés de 40 años, casado, tiene 3 hijos y es ingeniero automotriz, reside en Puebla y María de la Luz de 38 años, con nivel secundaria, casada con 2 hijos y se dedica al hogar.</p> <p>Con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica, se identifica</p>	
--	--	--	--

			un estado de depresión leve. (Ver anexo II); la causa de la dificultad es por falta de fuerza y por falta de conocimiento.	
11. Creencias y valores	Católica, sus valores aprendidos de mujer casada la hacen sentirse obligada a seguir viviendo con su esposo, a pesar de su infidelidad, aunque él nunca se ha separado de ella.		En casa cuenta con imágenes religiosas en cada cuarto. Va a misa cada semana.	Independiente
12. Trabajo y realización	Rol familiar: mujer, esposa, madre, abuela. Recibe gasto de su esposo, trabaja en el taller y también, hace juegos de baño para vender.		La remuneración que gana le ayuda a cubrir algunos gastos de la casa.	Parcialmente dependiente
13. Jugar y participar en actividades recreativas	No le gusta jugar, refiere no tener ánimo. Considera parte de su recreación las manualidades. Hacer composturas de ropa y pegar cierres.		Se ve tranquila y de buen humor. Cuenta con un parque cerca de su casa, el cual visita cuando tiene tiempo.	Independiente
14. Aprendizaje	Para ella la escuela es un lugar en donde se aprende a leer y a escribir. Es capaz de aprender.		Utiliza lentes, los demás sentidos están en buenas condiciones.	Independiente

5.7.3 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Comunicación	Afrontamiento inefectivo relacionado con deficiente red de apoyo familiar, manifestado por falta de interés en su cuidado, autoestima baja.
2. Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con la edad, deterioro músculo esquelético manifestado por dolor, disminución de fuerza en brazos y piernas, disminución en la velocidad de la marcha.
3. Evitar peligros	Riesgo de caídas relacionado con disminución visual, disminución en la fuerza en extremidades inferiores y uso de guarache.
4. Nutrición e hidratación	Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por sequedad en la piel y mucosas. Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con una ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
5. Eliminación	Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por heces duras y disminución en la frecuencia de eliminación.
6. Higiene y protección de la piel	Deterioro de la dentición relacionada con falta de motivación, manifestado por inflamación en la encía, falta de piezas dentarias, molestia para masticar.
7. Oxigenación	Riesgo de alteración de la necesidad de oxigenación relacionado con la presencia de polvo en el lugar donde labora.

8. Descanso y sueño	Riesgo de alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado con las preocupaciones.
9. Trabajo y realización	Conflicto de rol relacionado con bajo nivel socioeconómico y nivel educativo bajo manifestado por tensión en el desempeño del rol y necesidad de trabajar.
10. Usar prendas de vestir adecuadas	Disposición para mejorar el uso de prendas de vestir adecuadas.
11. Termorregulación	Mantener el potencial de termorregulación.
12. Jugar y participar en actividades recreativas	Disposición para mejorar su potencial de recreación.
13. Creencias y valores	Disposición para mejorar sus creencias y valores
14. Aprendizaje	Disposición para mejorar su aprendizaje.

5.8 PLAN DE CUIDADOS

1. NECESIDAD: Comunicación.

DX REAL: Afrontamiento inefectivo relacionado con deficiente red de apoyo familiar, manifestado por falta de interés en su cuidado y autoestima baja.

OBJETIVO: Doña Albertina mejorará su capacidad de comunicación con los miembros de su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Favorecer un ambiente de confianza, desde el primer contacto con ella. Iniciar la comunicación y profundizar en la identificación de sus necesidades.	La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.	Que doña Albertina muestre confianza en la interacción enfermera paciente, logrando así expresar sus necesidades.	Doña Albertina mostró confianza y apertura, logro expresar sus dificultades con su pareja y sus hijos. La trabajadora social realizó la nota de referencia para psicoterapia.
Se solicita apoyo a trabajo social para ayudar a doña Albertina	En el ámbito hospitalario son necesarios diferentes profesionales de la salud entre	Que la trabajadora social realice propuestas para	Sugirió, el apoyo de un abogado para regular la escrituración de su casa.

<p>y buscar de manera conjunta, reforzar la red de apoyo familiar.</p>	<p>ellos: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutricionistas, Químicos-fármaco biólogos, técnicos en laboratorio, radiólogos, psicólogos entre otros.</p>	<p>reforzar la red de apoyo familiar.</p> <p>Identificar el apoyo de sus hijos, que actualmente no ayudan.</p>	<p>Se desconoce si doña Albertina inicio la psicoterapia, puesto que ya no asiste al hospital y no se le encontró en su domicilio.</p> <p>No hubo respuesta de los hijos. No hubo consistencia con el apoyo de trabajo social.</p>
--	---	--	--

2. NECESIDAD: Movilidad y postura.

DX REAL: Deterioro de la movilidad física relacionado con la edad y deterioro musculoesquelético manifestado por dolor, disminución de fuerza en brazos y piernas, disminución en la velocidad de la marcha.

OBJETIVO: La enfermera fisioterapeuta, la pasante de enfermería y Doña Albertina sumarán esfuerzos para mejorar su marcha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>La enfermera fisioterapeuta y la pasante de enfermería elaborarán y establecerán un plan de ejercicios para Doña Albertina. (ver anexo)</p> <p>Sugerir y fomentar la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, los cuales están incluidos en la dieta que fue preparada acorde a sus necesidades. (Ver anexo)</p>	<p>El ejercicio en los ancianos produce efectos fisiológicos benéficos sin importar la edad y el nivel de incapacidad.</p> <p>Los ejercicios mejoran la fuerza, movilidad y equilibrio en brazos y piernas.</p> <p>El estado nutricional y el balance de energía, es fundamental para la rehabilitación de la fuerza muscular.</p>	<p>Aumentará la fuerza y tono en brazos y piernas</p> <p>Lograr que mejore su marcha.</p>	<p>Aumento la fuerza.</p> <p>Disminuyo el dolor en las piernas.</p> <p>Requiere ser constante en los ejercicios.</p>

3. NECESIDAD: Evitar peligros.

DX DE RIESGO: Riesgo de caídas relacionado con disminución visual, disminución en la fuerza en extremidades inferiores y uso de guarache.

OBJETIVO: Doña Albertina disminuirá el riesgo caídas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Recomendar la revaloración oftalmológica y la asistencia a sus consultas subsecuentes para asegurar la utilidad de sus lentes y seguir con su tratamiento láser.	En el envejecimiento aparecen cambios visuales como la disminución de la agudeza visual debido al un aporte sanguíneo disminuido en la mácula así como la disminución de la secreción lacrimal. (García, 2001)	Albertina identificará los beneficios de las revisiones oftalmológicas, así como cambiar el calzado para evitar accidentes.	Manifiesta asistir a sus consultas oftalmológicas. Cambio su calzado, ahora usa zapatos.
Recomendar el uso de zapato cerrado, amplio y bajo, ya sea de meter o de agujeta.	El uso de calzado apropiado proporciona estabilidad y ayuda a evitar caídas.		

4. NECESIDAD: Nutrición e hidratación.

DX REAL: Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por sequedad en la piel y mucosas.

OBJETIVO: Aumentar la ingesta de líquidos para mejorar la turgencia de la piel y el estado de las mucosas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACION
<p>Se le explica la importancia del consumo de agua para favorecer la salud.</p> <p>Se recomienda ingerir de 2 a 3 litros de agua al día, evite las bebidas como el café y las aguas dulces y los refrescos.</p> <p>Se le recomienda el uso de crema o aceites hidratantes para el cuerpo.</p>	<p>El agua es un líquido fundamental, actúa como medio del metabolismo celular, facilita la excreción de desechos orgánicos y es el medio de transporte de nutrientes. (Rosales, 1999)</p> <p>El café, refresco, tienen un efecto diurético y deben evitarse en lo posible.</p> <p>Las cremas por su contenido graso ayudan a evitar la pérdida de agua por lo que la turgencia se mantiene.</p>	<p>Dona Albertina tendrá la capacidad de ingerir entre 2 a 3 litros de agua al día, de preferencia agua natural.</p> <p>Mejorará la hidratación y turgencia de su piel.</p>	<p>Dona Albertina refiere consumir de un litro de agua, ya que el lugar en donde trabaja no cuenta con baño.</p> <p>Los fines de semana que esta en su casa, llega a tomar 2 litros de agua.</p> <p>Refiere no haber consumido café, refrescos, ni aguas dulces.</p> <p>Lleva un mes usando crema y ha mejorado la turgencia de su piel.</p>

4.1 NECESIDAD: Nutrición e hidratación.

DX DE RIESGO: Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer sus necesidades metabólicas.

OBJETIVO: Doña Albertina, mejorará los conocimientos en cuanto a sus necesidades nutricionales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
La enfermera solicita la colaboración de nutriología para elaborar un plan nutricional. (ver anexo)	La consulta a nutriología ayuda a conocer el método para calcular la cantidad y variedad de alimentos así como la proporción de nutrientes que requiere doña Albertina.	Mostrará un estado nutricional favorable basado en la cifra de hemoglobina, hematocrito, glucosa, turgencia de la piel y coloración de las mucosas.	Le cuesta apegarse a la dieta pero lo intenta. En la ultima consulta se realizo un reajuste en su dieta por haber presentado hiperglicemia de 185 mg/dl Se disminuyó la ingesta de azucares. Hemoglobina de 15 g/dl. Hematocrito 43 %

Nota:

Cabe señalar que la cifra alterada en este estudio fue la glucosa, la nutriologa le prescribió su dieta, con la cual logro la estabilización. No fue posible obtener su reporte de laboratorio por cambiar de servicio; de geriatría a medicina interna. Sin embargo se realizaron dos valoraciones subsecuentes al solicitarle que después de su consulta en medicina interna pasara al servicio para platicar con ella.

5. NECESIDAD: Eliminación.

DX REAL: Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por heces duras.

OBJETIVO: Doña Albertina aumentará la ingesta de líquidos y de alimentos con fibra.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se recomienda la ingesta de alimentos con alto contenido en fibra como frutas, legumbres, salvado, etc. y de líquidos.</p> <p>Se sugiere la ingesta de líquidos calientes (jugo de papaya o de limón, diluida en agua) 30 minutos antes del desayuno.</p> <p>El jugo de limón diluido se recomienda ingerirlo con popote</p>	<p>Una dieta rica en fibra asegura mayor volumen e incrementa los movimientos intestinales.</p> <p>La ingesta suficiente de líquidos mantiene el patrón intestinal de eliminación diaria.</p> <p>Los líquidos calientes antes de los alimentos estimulan el peristaltismo.</p> <p>El jugo de limón lesiona la dentina.</p>	<p>Dona Albertina mejorará su patrón de eliminación, teniendo como mínimo una eliminación intestinal diario.</p>	<p>Durante el mes ha incrementado su consumo de verduras y de líquidos, Refiere que ha logrado la eliminación intestinal de una a dos veces por día.</p>
			<p>No se logro evaluar.</p>

6. NECESIDAD: Higiene y protección de la piel.

DX REAL: Deterioro de la dentición relacionada con falta de motivación, manifestado por inflamación en la encía, falta de piezas dentarias, molestia para masticar.

OBJETIVO: Doña Albertina aprenderá la técnica de cepillado, así como la importancia de la visita al odontólogo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Explicar a doña Albertina la importancia de tener una dentadura en buen estado.</p> <p>Sugerir la consulta con el odontólogo para la valoración de la salud bucodental. (ver anexo)</p> <p>Hacer énfasis en la importancia de aplicar la técnica de cepillado y el cuidado de las prótesis dentales.</p> <p>Motivarla para que cumpla su tratamiento.</p>	<p>El proceso de comunicación mejora la relación de ayuda.</p> <p>El cepillado dental es un acto mecánico que favorece la eliminación de residuos y sus movimientos básicos son: de atrás hacia delante, de arriba hacia abajo o viceversa, rotatorio y vibratorio. Cada área requiere de 5 a 10 movimientos (Rosales, 1999)</p> <p>El enjuague bucal actúa como bactericida, ayuda a disminuir la caries, combatir la gingivitis, reducir la formación de placa dentobacteriana y removerla, además de desinflamar estructuras blandas. (Rosales, 1999).</p>	<p>Doña Albertina conocerá la técnica de cepillado.</p> <p>Aprenderá a usar y cuidar su prótesis dental.</p> <p>Logrará evitar las molestias al masticar.</p>	<p>No asiste a las consultas de forma regular con el odontólogo.</p> <p>Resolvió el problema de las encías.</p> <p>Mejoro el ajuste de su dentadura.</p>

7. NECESIDAD: Oxigenación.

DX DE RIESGO: Riesgo de alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con la presencia de polvo en el ámbito laboral.

OBJETIVO: Disminuir el riesgo de alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con la presencia de polvo en el ámbito laboral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Se recomienda el uso de cubre bocas o cubrirse la boca con un pañuelo. Se sugiere cambiar de empleo, dedicarse más a las manualidades.	El cubre boca actúa como barrera de protección, impidiendo el paso de partículas que pueden dañar el tracto respiratorio.	Tomara en cuenta las recomendaciones dadas, reduciendo así el riesgo de afecciones respiratorias.	Refiere no acostumbrarse al cubre bocas, permanece en el taller sin el. No se logro incidir en el uso del cubrebocas.

8. NECESIDAD: Descanso y sueño.

DX DE RIESGO: Riesgo de alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado las preocupaciones.

OBJETIVO: Doña Albertina mejorara su descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Se recomienda la ingesta de leche caliente, antes de acostarse	La leche contiene triptofano, aminoácido relacionado con la producción de serotonina que favorece el sueño reparador.	Doña Albertina manifestará la calidad del sueño	Tomó en cuenta las recomendaciones dadas, se observa
Evitar o disminuir los ruidos.	Cualquier ruido puede impedir conciliar el sueño o suspenderlo durante las fases mas profundas del mismo.(Staab, 1998)	después de haber llevado a cabo las recomendaciones	mas animada
Se recomienda la lectura, escuchar música, rezar o si es posible realizar ejercicio moderado y regular.	Estas actividades pueden ayudar a fomentar el sueño. El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo cerebral ya que ayuda a restaurar el ritmo corporal		

9. NECESIDAD: Trabajo y realización.

DX REAL: Conflicto de rol relacionado con bajo nivel socioeconómico y nivel educativo bajo manifestado por tensión en el desempeño del rol y necesidad de trabajar.

OBJETIVO: Mejorar la auto percepción del rol.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Ayudarle a hacer conciencia acerca del rol heredado de la mujer mexicana, comparativamente con el rol que debe construir. Sugerir revalorar sus tareas y obligaciones auto impuestas y autodeterminar el desempeño de su rol de manera más saludable.	La mujer ha peleado dentro de la sociedad por romper un rol machista, en el cual ella no tiene voz ni voto, aun en nuestro siglo, la mujer no podía trabajar sin el consentimiento del cónyuge, fue hasta 1932 que el Código Civil entro en vigor, permitiendo a la mujer trabajar sin el permiso de su pareja.(Uribe, 2003) Las personas de edad avanzada tienen derecho a vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico y mental. Las personas de edad avanzada tienen derecho a ser tratadas con equidad no importando su edad, sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas. (www.geriaticas.com/contenidos/infosalud/derechos3.asp)	Que Doña Albertina, ubique el rol tradicional de la mujer mexicana. Reconozca sus derechos como persona, mujer, madre y esposa. Que disponga de elementos teóricos que le ayuden a reflexionar en la posibilidad de reestablecer un rol más saludable.	No evaluable en el periodo de trabajo con ella.

10. NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

DX DE BIENESTAR: Mantener el potencial de independencia para elegir y usar prendas de vestir adecuadas.

OBJETIVO: Conservar su independencia para elegir y usar sus prendas de vestir.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SUGERENCIAS:</p> <p>Elegir y utilizando la ropa de su preferencia, con la que se sienta cómoda, motivándola a tener una buena imagen.</p> <p>Usar ropa de algodón, que sea holgada y cómoda, así como el uso de zapatos cómodos.</p>	<p>Es derecho de toda persona el elegir y que respeten sus preferencias en cuanto a su forma de vestir.</p> <p>La ropa de algodón y holgada facilita la transpiración, además de favorecer la circulación.</p>

11. NECESIDAD: Termorregulación

DX DE BIENESTAR: Mantener el potencial de termorregulación.

OBJETIVO: Conservar la termorregulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SUGERENCIAS:</p> <p>Continuar con sus cuidados para regular su temperatura corporal, recordando la importancia de evitar cambios bruscos de temperatura.</p> <p>Bañarse durante el día mientras haya sol y no haya viento. Si el día no esta soleado y hace frío es preferible no bañarse. En época de frío, llevar siempre un suéter o un chal de reserva cuando realice viajes cortos o largos.</p> <p>Bañarse por la tarde o noche cuando ya no necesita salir, asegurando le de tiempo de que se seque su cabello.</p> <p>En época de lluvia, siempre llevar un impermeable o un paraguas, para evitar mojarse.</p> <p>Si le fue imposible evitar mojarse, se recomienda tomar un baño de agua tibia y frotarse con alcohol, las extremidades, en la espalda y el pecho.</p>	<p>Los cambios bruscos de temperatura externos, modifican la temperatura corporal del medio interno, condicionando un incremento en la reproducción de microorganismos que forman parte de la flora normal (estafilococo y estreptococo) de la mucosa nasofaringea, al incrementarse esta, se hace patógena y provoca dolor de garganta manifestándose por inflamación de los ganglios submaxilares y son indicio de infección de las vías respiratorias altas.</p> <p>Frecuentemente se acompaña de calosfríos y fiebre. (Félix, Sevilla, 1998)</p> <p>El baño con agua tibia ayuda a recuperar la homeostasis en la temperatura corporal a través de una vaso dilatación suave.</p> <p>El alcohol es una sustancia aromática y volátil que al contacto con la piel provoca frío transitorio, mismo que genera vasoconstricción y ayuda a conservar la temperatura corporal ya, regulada.</p>

13. NECESIDAD: Jugar participar en actividades recreativas.

DX DE BIENESTAR: Disposición para mejorar su potencial de recreación.

OBJETIVO: Revalorar las actividades de recreación actuales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SUGERENCIAS:</p> <p>Reflexionar sobre sus trabajos manuales. ¿Le son satisfactorios al 100%? ____ ¿o le gustaría conocer otras formas de recreación como: ver películas, escuchar música, bailar, tener una charla breve con su mejor amiga?</p> <p>Hacer algo que siempre ha deseado y nunca lo ha logrado hacer, visitar a alguien, hacer un viaje, conocer un artista etc.</p>	<p>Desarrollar alguna habilidad manual o elegir un entretenimiento, ayudará a resolver el tedio, aburrimiento y la soledad. Si bien muchas de las habilidades y capacidades se van limitando con la edad, en los ancianos, la experiencia, los valores, conocimientos y enseñanzas que tienen para los jóvenes no tienen límites. (García, 2001)</p> <p>El convivir con personas de su edad traerá como beneficio el compartir experiencias, conocer lugares, etc.</p>

13. NECESIDAD: Creencias y valores

DX DE BIENESTAR: Disposición para mejorar sus creencias y valores.

OBJETIVO: Mantener sus creencias y valores.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SUGERENCIAS:</p> <p>Facilitar la practica de ritos y encuentros significativos.</p> <p>Apegarse más a la fe, continuar con las lecturas de la Biblia.</p>	<p>Religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan. Virtud que mueve a ofrecer un culto a Dios. Se caracteriza por poseer reconocimiento de un poder sobrenatural, sentimiento de dependencia y sistema de relaciones. (Rosales, 1999)</p> <p>Toda persona necesita estar integrada en un grupo donde exista una escala de valores y creencias que determinan a su vez el valor moral y ético de los comportamientos que se ponen de manifiesto.</p> <p>(www.geriaticas.com/contenidos/infosalud/derechos3.asp)</p> <p>La comprensión, el respeto y la ayuda a la persona en relación a sus preceptos religiosos en la transición del proceso vital, crisis circunstanciales y de desarrollo, influyen en el control o eliminación de problemas espirituales. (Rosales, 1999)</p>

14. NECESIDAD: Aprendizaje

DX DE BIENESTAR: Disposición para mejorar su aprendizaje.

OBJETIVO: Mantener el interés por aprende algo nuevo cada día.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SUGERENCIAS:</p> <p>Facilitarle toda la información que requiera acerca de los temas de su interés.</p> <p>Se sugiere la lectura: “¿Cómo estudiar hoy? De Héctor Guerra, Antología del curso de introducción al sistema de Universidad Abierta. ENEO-SUA-UNAM México 2000.</p> <p>Invitarla a que asista a actos culturales de su interés que se realicen en su entorno por ejemplo exposiciones, talleres de lectura.</p>	<p>La información oportuna influye en la adaptación de la persona a situaciones de cambio. Tener siempre presente el valor que el anciano le da al conocimiento es factor que actúa como motivador para adquirir nuevo conocimientos.</p> <p>Las personas de edad avanzada tienen derecho a tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.</p> <p>(www.geriaticas.com/contenidos/infosalud/derechos3.asp)</p>

5.10 CONCLUSIONES

Al desarrollar el proceso de enfermería, se reconoce la importancia de contar con un modelo que guíe la práctica de enfermería, como el de Virginia Henderson, ya que junto con el proceso de enfermería, nos da la oportunidad de ver a la persona desde todos los aspectos identificando así sus problemas o factores de riesgo que comprometan su salud.

El anciano en esta etapa del desarrollo, presenta pérdidas físicas, psicológicas, económicas y sociales, el utilizar este modelo, permite identificar de manera clara y holística el grado de independencia y dependencia de la persona.

Al realizar la valoración de las catorce necesidades básicas resultó difícil valorar aquellas que requiere un enfoque humanista, ya que por la formación me había enfocado más a la enfermedad y a sus secuelas que abordar los sentimientos, deseos y necesidades particulares de la persona, situación que ahora reconozco.

Las experiencias que me dejó trabajar con una mujer adulta mayor fue enriquecedora, ya que me di cuenta que son personas con enormes capacidades, experiencias y aptitudes, pero que por el tipo de sociedad en la que vivimos no son reconocidas, sufriendo así, en la mayoría de los casos maltrato, rechazo o abandono.

Por lo que la función del profesional de enfermería en este aspecto es la de informar y concienciar a las personas lo que significa la vejez, dándole así al anciano la oportunidad de revalorarse dignos y tomen el lugar que les corresponde dentro de su familia y de la sociedad en general y de manera secundaria lograr cambios sociales a través de seguir este ejemplo.

5.10. BIBLIOGRAFÍA

1. Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.
2. Cook, JS, Fontanaine, KL. Enfermería Psiquiátrica. 2a Ed., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 803 pp.
3. Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España, 1985. 506 pp.
4. Enfermería gerontológica: Concepto para la práctica. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1993. 78 pp.
5. Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
6. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
7. García, LMV, Rodríguez, PC, Toronjo, GAM. Enfermería del anciano. Editorial Difusión Avances Enfermería, España 2001. 420 pp.
8. Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
9. Iyer, W, Taptich, B, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
10. Kaschak, ND, Jakovac, SD. Planes de cuidados en geriatría. Editorial Mosy/Doyma: España 1994.
11. Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.

12. Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
13. Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
14. Medina, JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Editorial Alertes, Barcelona, 1999. 307 pp.
15. Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
16. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.
17. Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999. 556p.
18. Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
19. Staab, AS, Hodges, LC. Enfermería Gerontológica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1998.
20. Uribe, RE, Billings, DL. Derechos de la mujer, en Violencia sobre la salud de las mujeres. Editorial Femego/Ipas, México, 2003.
21. Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
22. Jaime, FH. Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad. Consultado el 3 de junio de 2006. Disponible en: www.geriaticas.com/contenidos/infosalud/derechos3.asp

5.12. ANEXOS

Alimentos libres de energía

Cantidad x día

- Agua mineral 4 tazas
- Condimentos libre demanda
- Especias libre demanda
- Café 1 taza o 1 cedita
- Cilantro ½ taza
- Cebolla ½ taza
- Chile 5 g
- Consomé de pollo ½ cedita
- Gelatina de dieta ½ taza
- Limón libre demanda
- Mostaza 1 cedita
- Bebidas light 1 vaso
- Sal 2-3 ceditas
- Te libre demanda
- Canderel 2 sobres

Cereales: Brank flakes, Conr Flakes, Special K, Fitnees, All Bran.

Aceites y grasas:

- canola, cartamo, girasol, oliva (1 cedita equivale a 5 disparos de aceite en spray)

Barras: Special K, Silueta (Bimbo), All Bran, Nutri Grain.

Grupo	Equivalentes	Desayuno	Colación	Comida	Colación	Cena
Verduras	2 (a libre demanda)			2		
Frutas	7	2	2	1	1	1
Cereales	6	2		2		2
A.O. Animal	2			2		
Lácteos	1 ½	1				½
Aceites/Grasas	6			6		

RECOMENDACIONES GENERALES

- Desayunar todos los días y respetar los horarios de las comidas.
- Consumir frutas y verduras de preferencia crudas.
- Incrementar la actividad física (caminata de 4 a 5 días por semana durante 20 minutos).
- Consumir a la semana: 1-2 días carne de res, 2-3 días pollo, 1-2 días queso y 1-2 días pescado ya que estos dos últimos contienen ácidos omega 3 que funcionan como cardioreceptores.
- Evita empanizar los alimentos, freír o capear los alimentos.
- Consumir 6 vasos de agua natural diariamente.
- Preferir el consumo de cereales integral y tortillas de maíz, amaranto y avena.
- Respetar e tamaño de las porciones que se indican.
- Moderar el consumo de sal y condimentos.
- Elegir carnes magras (sin grasa) y pollo sin piel

EQUIVALENTES

FRUTAS

(1 equivalente)

Cereza 1 ½ taza	Ciruela 3 piezas	Cocktail frutas ¾ taza
Chabacano 4 piezas	Durazno 2 piezas	Fresa 1 taza
Guanábana ¾ pieza	Guayaba 3 piezas	Granada 2 piezas
Higo 3 piezas	Kiwi 1 ½ pieza	Jugo naranja ½ vaso
Jugo toronja ½ vaso	Mamey 1/3 pieza	Mandarina 2 piezas
Mandarina reina 1 pieza	Mango ½ pieza	Manzana 1 pieza
Melón 1 taza	Naranja 2 pieza	Nectarina 1 pieza
Papaya 1 taza	Pasitas 2 ½ cditas	Pera ½ pieza
Piña ¾ taza	Plátano ½ pieza	Plátano dominico 3pieza
Sandía 1 taza	Tejocote 2 piezas	Toronja ½ pieza
Uva ½ taza	Zapote ¼ pieza	Zarzamora ¾ taza

VERDURAS

(1 equivalente)

Acelga ½ taza	Apio 2 tazas	Apio cocido ½ taza
Betabel rayado 1/4 taza	Brócoli cocido ½ taza	Brócoli 1 taza
Calabaza cocida ½ taza	Calabaza 1 ½ taza	Col 1 taza
Coliflor 1 taza	Coliflor cocida ½ taza	Champiñón 2 tazas
Champiñón cocido ¾ taza	Chayote cocido 1 taza	Chícharo 2 cdas
Ejote cocido ½ taza	Espinaca cocida ½ taza	Habas ¼ taza
Huauzontle cocido ½ taza	Jícama ½ taza	Jitomate 1 pieza
Lechuga 2 tazas	Nopal cocido 1 taza	Pepino 2 tazas
Tomate cocido 1 taza	Verdolaga cocida ½ taza	Zanahoria ½ taza

CEREALES

(1 equivalente)

Amaranto 1/3 taza	Arroz cocido ½ taza	Avena hojuelas ¼ taza
Avena cocida ½ taza	Barra de avena ½ taza	Bollo hamburguesa ½ pieza
Cereal sin azúcar ½ taza	Elote desgranado ½ taza	Elote blanco 1 pieza
Hot cake 1 pieza	Galleta animalito 6 piezas	Galleta maría 5 piezas
Galleta salada 5 piezas	Granola ¼ taza	Palitos de pan 4 piezas
Palomita natural 3 tazas	Pan bolillo o telera ½ pieza	Pan de caja 1 rebanada
Pan tostado 1 rebanada	Panque ½ pieza	Papa 1 pieza

ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

(1 equivalente)

Pollo. 40 g	Carne de res 40 g
Pescado. 45 g	Queso panela. 45 g

ACEITES Y GRASAS

(1 equivalente)

Aceite 1 cdita	Aceite spray 5 disparos
Aguacate 1/3 pieza	Atún en agua ¼ lata

AZUCARES

(1 equivalente)

Azúcar 2 cditas	Cajeta 2 cditas	Chocolate 1 cda
Gelatina ½ taza	Gomotas 3 piezas	Lechera 2 cditas
Mermelada 1 cda	Nieve bola	Catsup 2 cdas

LACTEOS

(1 equivalente)

Leche descremada 1 taza	Yogurt light ¾ taza
-------------------------	---------------------

EQUIVALENTES

- 1 cucharada (cda) = 15 ml
- 1 cucharadita (cdita) = 5 ml
- 1 taza o vaso = 240 ml o 16 cdas

DIETA PROPORCIONADA A LA PACIENTE

MENU 1

Desayuno	1) Papaya (2 tazas) 2) Cereal con leche - cereal (1 taza) - leche descremada (1 taza)
Colación 1	1) Guayabas (3 piezas) 2) Manzana (1 pieza)
Comida	1) Atún a la mexicana - atún en agua (1/2 lata) - jitomate (1pieza) - cebolla y cilantro (al gusto) 2) Galletas habaneras (10 piezas) 3) Verduras - chayote (1 taza) - margarina (2 cditas) 4) Pera (1/2 pieza)
Colación 2	1) Piña (3/4 taza)
Cena	1) Melón (1 taza) 2) Pan tostado integral (2 rebanadas) 3) Yogurt light (1/3 taza)

MENU 2

Desayuno	1) Yogurt con fruta - papaya (1 taza) - melón (1 taza) - yogurt descremado (3/4 taza) 2) Galletas María (10 piezas)
Colación 1	1) Sandía (2 tazas)
Comida	1) Sopa de verduras (1 taza) 2) Bistec - carne (120 g) - aceite (2 cditas) 3) Ensalada - lechuga (1 taza) - zanahoria rallada (1/2 taza) 4) Aguacate (1/3 pieza) 5) Tortillas (2 piezas) 6) Fruta - duraznos (1 pieza)
Colación 2	1) Manzana (1 pieza)
Cena	1) Panque (1 pieza o una rebanada) 2) Cocktail de frutas (3/4 taza) 3) Leche descremada (1/2 taza)

MENU 3

Desayuno
1) Leche descremada (1 vaso) 2) Melón (2 tazas) 3) Bisquet (1 pieza)
Colación 1
1) Pera (1 pieza)
Comida
1) Enchiladas - torillas (2 piezas) - salsa (1 taza) - queso panela (3 cdas) - crema (2 cdas) - pollo deshebrado (1 taza) - aceite (2 cditas) - cebolla y cilantro (al gusto)
2) Lechuga (2 tazas) 3) Piña (3/4 taza)
Colación 2
1) Manzana (1 pieza) 2) Guayaba (3 piezas)
Cena
1) Galletas Marías (10 piezas) 2) Ciruelas (6 piezas) 3) Yogurt light (1/3 taza)

MENU 4

Desayuno
1) Melón (2 tazas) 2) Cereal con leche - cereal (1 taza) - leche descremada (1 taza)
Colación 1
1) Sandía (2 tazas)
Comida
1) Carne en salsa verde - bistec (120g) - salsa verde (1 taza) - nopales (1 taza)
2) Tortillas (2 piezas) 3) Aguacate (1/3 pieza) 4) Manzana (1 pieza)
Colación 2
1) Piña (3/4 taza)
Cena
1) Cocktail de frutas (3/4 taza) 2) Pan tostado integral (2 piezas) 3) Leche descremada (1/2 taza)

MENU 5

Desayuno
1) Papaya (2 tazas) 2) Galleta María (10 piezas) 3) Leche descremada (1 vaso)
Colación 1
1) Manzana (1 pieza) 2) Durazno (2 piezas)
Comida
1) Jamón - jamón (120 g) - aceite (1 cdita)
2) Verduras - brócoli (1/2 taza) - chayote (1 taza) - zanahoria (1/2 taza) - margarina (3 cditas)
3) Tortillas (2 piezas) 4) Ciruelas (3 piezas)
Colación 2
1) Sandía (2 tazas)
Cena
1) Galletas Marías (10 piezas) 2) Fruta - melón (1 taza) - yogurt light (1/3 taza)

MENU 6

Desayuno
1) Sándwich de jamón - pan integral (2 rebanadas) - jamón de pavo o bajo en grasa (1 rebanada) - queso panela (1 rebanada delgada)
2) Fruta con yogurt - yogurt (3/4 taza) - papaya (1 taza) - melón (1 taza)
Colación 1
1) Manzana (1 pieza) 2) Durazno (2 piezas)
Comida
1) Picadillo - carne molida (120 g) - papa (1 pieza) - zanahoria picada (1/2 taza) - aceite (1 cdita)
2) Ensalada de lechuga (2 tazas) 3) Tortillas (2 piezas) 4) Pera (1/2 taza)
Colación 2
1) Sandía (1 taza)
Cena
1) Melón (1 taza) 2) Pan integral (2 rebanadas) 3) Leche descremada (1/3 taza)

MENU 7

Desayuno
1) Leche descremada (1 vaso) 2) Panque (1 pieza o 1 rebanada) 3) Cocktail de frutas (1 ½ taza)
Colación 1
1) Pera (1 pieza)
Comida
1) Carne a la mexicana <ul style="list-style-type: none">- carne (120 g)- cebolla y chile (al gusto)- jitomate (1 pieza)- aceite (2 cditas)
2) Ensalada <ul style="list-style-type: none">- lechuga (1 taza)- zanahoria rallada (3/4 taza)
3) Tortillas (2 piezas)
4) Guayabas (3 piezas)
Colación 2
1) Melón (1 taza)
Cena
1) Papaya (1 taza) 2) Galletas Marías (10 piezas) 3) Leche descremada (1/2 taza)

Elaborara por:

Lic. En Nutriología Yareli Hernández Barragán

Lic. En Nutriología Azuraby Barrera González

NOTA DE ODONTOLOGIA

La paciente presenta Enfermedad Periodontal con presencia de cálculo en los dientes anteriores inferiores.

Tiene ausencia de órganos dentarios los cuales son sustituidos con prótesis fijas de hace muchos años, las cuales se encuentran desajustadas, lo que está ocasionando retención de placa dentobacteriana e irritación en las papilas.

Presenta restauraciones como amalgamas, las mismas que ya no son funcionales. Tiene lengua saburral e hiposalivación con labios figurados y deshidratados.

Como plan de tratamiento es eliminar la sintomatología de boca seca con el sustituto salival, hacer una odontoxesis (raspado y alisado radicular), técnica de cepillado y cambio en las restauraciones.

Elaborada: Licenciada en Odontología Itzbeth Juárez Vera

EVALUACIONES GERIATRICAS

ESTADO DE LA MEMORIA (MINI-MENTAL)

Es una prueba objetivamente valida (estandarizada) para cuantificar el estado cognoscitivo. Evalúa brevemente funciones como: orientación, atención, calculo, memoria (registro y evocación) y lenguaje (denominación, repetición, lectura y escritura) y copia de un polígono.

5	4	¿Qué fecha es hoy? (años, estación, mes, día, fecha completa) 70, invierno, Febrero, martes, 2005
5	5	¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país) 1er piso, Hospital de Nutrición, México, DF, México
3	3	Nombre 3 objetos (lápiz, llave, libro) lápiz, llave, libro
5	4	Qué reste empezando en 100 de 7 en 7 (o de 20 de 3 en 3) hasta 5 respuestas 93, 84, 79, 72, 65
3	2	Pregunte los 3 objetos aprendidos lápiz, libro
2	2	Muestre una pluma y un reloj
1	1	Que repita la frase “ni sies, ni noes, ni peros”
3	2	Que cumpla la siguiente orden verbal: tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad con ambas manos y colóquela en el piso con su mano izquierda. Mano izquierda, dobla con amabas manos, deja caer al piso con mano izquierda
1	1	Que lea la frase “cierre los ojos”
1	1	Que escriba una oración
1	1	Que copie el diseño gráfico (pentágonos cruzados)

PUNTUACION MÁXIMA: (30)

Calificación total: (26)

EVALUACIÓN FUNCIONAL

ESCALA DE KATZ PAR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

La medición de la actividades de la vida diaria básicas se centra en las capacidades requeridas para cubrir las necesidades habituales, actividades que una persona debe ser capaz de hacer si ayuda.

1. BAÑO **SI**

No necesita ayuda o la necesita para bañarse una parte del cuerpo.

2. VESTIDO **SI**

Prepara las prendas y se viste si ayuda, excepto par anudarse los zapatos.

3. ASEO **SI**

Va al cuarto de baño, usa el WC, se arregla la ropa y vuelve si ayuda (puede emplear un bastón o un andador para soporte y utilizar una cuña u orinal por la noche.

4. DESPLAZAMIENTO **SI**

Entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda (puede utilizar bastón).

5. CONTINENCIA **SI**

Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidentes esporádicos).

6. ALIMENTACIÓN **SI**

Se alimenta a si mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan).

PUNTUACIÓN TOTAL (máxima 6)

Calificación total: (6)

ESCALA DE LAWTON PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Esta medición se centra en las capacidades, además de las básicas diarias, necesarias para vivir con independencia en la comunidad.

A	<p>Usted puede preparar sus propios alimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede preparar ningún alimento 	<p>2 1 0</p>	<p>1</p>
B	<p>Usted puede hacer su quehacer/trabajo o reparaciones en casa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede hacer ningún trabajo en casa. 	<p>2 1 0</p>	<p>2</p>
C	<p>Usted puede lavar su ropa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede lavar nada 	<p>2 1 0</p>	<p>1</p>
D	<p>Usted puede tomar sus medicinas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con ayuda 3. No puede tomar medicinas si ayuda 	<p>2 1 0</p>	<p>2</p>

E	<p>Usted puede ir a lugares distantes (no caminando), usando transporte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si ayuda 2. Con ayuda 3. No puede transportarse sin ayudas especiales 	<p>2 1 0</p>	<p>1</p>
F	<p>Usted puede ir a comprar lo necesario para la casa (mercados, supermercado):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede ir a comprar en absoluto 	<p>2 1 0</p>	<p>1</p>
G	<p>Usted puede manejar su dinero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede manejar su dinero 	<p>2 1 0</p>	<p>2</p>
H	<p>Usted puede usar el teléfono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con alguna ayuda 3. No puede usar el teléfono 	<p>2 1 0</p>	<p>2</p>

Puntuación final (máximo de 16)

Calificación total (12)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA

Esta escala permite identificar signos de depresión en el anciano. Cada respuesta con asterisco cuenta un punto.

Evaluación	si/no
1. ¿Esta usted satisfecha con su vida? *	NO*
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI*
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?	SI*
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	NO
5. ¿Tiene usted esperanzas en el futuro? *	SI
6. ¿Esta usted molesta por pensamiento que no puede alejar de su mente?	SI*
7. ¿Esta de buen humor la mayor parte del tiempo? *	SI
8. ¿Tienen usted miedo de que algo le vaya a suceder?	SI*
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo? *	SI
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	SI*
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI*
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	NO
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	NO
14. ¿Cree usted que tiene mas problemas con su memoria que los demás?	NO
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora? *	SI
16. ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	SI*
17. ¿Se siente usted que nadie lo aprecia?	SI*

18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	SI*
19. ¿Cree usted que la vida es muy emocionante? *	NO*
20. ¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?	NO
21. ¿Se siente usted lleno de energía? *	NO*
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI*
23. ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	NO
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*
25. ¿Tienen usted ganas de llorar con frecuencia?	SI*
26. ¿Tienen usted problemas para concentrarse?	SI*
27. ¿Disfruta usted levantarse por las mañanas? *	SI
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI*
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? *	NO*
30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	NO*

TOTAL DE PUNTOS (19)

* Puntos para depresión

Calificación:

Normal	5-12 puntos.
Depresión leve	13-22 puntos.
Depresión intensa	23-30 puntos.

Nota: llora durante las preguntas

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI

EQUILIBRIO

Instrucciones: el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúa:

Balance sentado:

Se va de lado o resbala = 0 1
Firme y seguro = 1

Levantarse:

Incapaz sin ayuda = 0 1
Capaz pero usa brazos = 1
Capaz sin brazos = 2

Intenta levantarse:

Incapaz sin ayuda = 0 2
Capaz en mas de un intento =1
Capaz sin brazos = 2

Balance inmediato al levantarse (5seg):

Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 2
Estable pero c/ apoyo físico =1
Estable sin ningún apoyo = 2

Balance de pie:

Inestable = 0 2
Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cms) o apoyo físico = 1
Estable con base normal de sustentación =2

Empujón: (el sujeto esta con los pies juntos, el examinador empuja sobre el esternón 3 veces)

Comienza a caer = 0 1

Se tambalea pero se recupera = 1

Esta firme = 2

Ojos cerrados: (misma posición)

Inestable = 0 1

Estable = 1

Giro de 360°:

Pasos irregulares = 0 1

Pasos uniformes = 1

Inestable = 0

Estable = 1 1

Al sentarse:

Inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) = 0 2

Usa los brazos o esta inseguro = 1

Seguro baja con suavidad = 2

Puntuación final (máximo de 16)

Calificación subtotal (14)

MARCHA

Instrucciones: la persona se pone de pie con el examinador, camina lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual)

Inicio de la marcha: (inmediatamente luego de decirle sale).

Duda o intenta arrancar mas de una vez = 0 1

No titubea = 1

Longitud y elevación del paso:

Balance de pie derecho:

No rebasa al pie izquierdo = 0 1

Rebasa al pie izquierdo = 1

El pie derecho no deja el piso = 0 1

El pie derecho deja el piso = 1

Balance de pie izquierdo:

No rebasa el pie derecho = 0 1

Rebasa al pie derecho = 1

El pie izquierdo no deja el piso = 0 1

El pie izquierdo deja el piso =1

Simetría entre izquierdo y derecho

Desigual = 0 1

Uniforme =1

Continuidad en los pasos:

Discontinuos = 0

Parecen continuo = 1 1

Rumbo:

- Marcada desviación = 0 1
- Desviación moderada o se apoya = 1
- Derecho sin auxilio = 2

Tronco:

- Balance marcado o usa apoyo físico = 0 1
- No hay balance pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos = 1
- No balanceo no flexiona = 2

Base de sustentación:

- Talones separados = 0 1
- Talones se tocan al caminar = 1

Puntuación final (máximo de 12)

Calificación subtotal (10)

CALIFICACIÓN TOTAL: (24)

EJERCICIOS
PROGRAMA I
PIERNAS.

Ejercicios:

1) Acostado boca arriba.

- Subir y bajar los pies 10 veces.
- Hacer grandes círculos con ambos pies 10 veces en cada sentido.
- Manteniendo los pies arriba doblar y estirar los dedos 10 veces.
- Doblar una rodilla al abdomen lo mas que se posible ayudándose con las manos, volver a estirar. Alternando 10 veces.
- Manteniéndole pie arriba y la rodilla bien fija abrir y cerrar las piernas. Alternando 10 veces.
- Manteniendo los pies arriba y las rodillas bien fijas, rodar ambas piernas hacia adentro y hacia fuera. Repetir 10 veces.

2) Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyándose con las manos.

- Llevar las rodillas al abdomen ayudándose con las manos y regresar. Repetir 20 veces.

3) Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyando los pies sobre el colchón.

- Pasar ambas rodillas juntas hacia la derecha y la izquierda hasta que tope con el colchón.
- Subir la cadera hacia el techo lo más que sea posible, bajar lentamente. Repetir 10 veces.

4) Acostado boca arriba.

- Apretar fuertemente los muslos hacia el colchón, para poner en tensión el músculo del muslo. Mantener la tensión 6 segundos y soltar. Repetir 10 veces.

5) Acostado boca abajo, brazos por encima de la cabeza, pies colgando al borde del colchón.

- Tensión en glúteos, subir una pierna bien estirada y bajar. Repetir 10 veces.

NOTA: Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

PROGRAMA II

BRAZOS

Ejercicios:

1) Sentado.

- Subir un brazo bien estirado por delante hacia el pecho (viendo la palma de la mano). Bajar lentamente por delante. Alternándolos brazos 10 veces.
- Subir ambos brazos bien estirados por delante hacia el techo (viendo las palmas de las manos). Bajar lentamente por delante. Repetir 10 veces.
- Subir un brazo bien estirado de lado hasta la horizontal. Bajar lentamente de lado. Repetir 10 veces.
- Subir ambos brazos bien estirados de lado hasta aplaudir sobre la cabeza. Bajar lentamente. Repetir 10 veces.

2) Sentado, brazos estirados a los lados.

- Abrazar fuertemente y volver a separar. Repetir alternado el brazo de arriba 10 veces.

3) **Sentado.**

- Aplaudir delante y detrás del cuerpo 10 veces.
- Manos en la cabeza, juntar y separar los codos lo mas que sea posible 10 veces.
- Estirar codos y dedos hacia abajo. Estirar codos y dedos hacia delante. Estirar codos y dedos hacia los lados. Estirar codos y dedos hacia arriba. Repetir 5 veces cada uno.

4) **Sentado manos sobre la cintura.**

- Hacer grandes círculos con la cabeza 5 en cada sentido.
- Estirar una rodilla lo mas que se posible subiendo el pie. Mantener 6 segundos, bajar. Alternando las rodillas 5 veces.

NOTA: Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.
Si las articulaciones duelen mucho, efectuar los ejercicios boca arriba.

Elaborado por: Gericultista: Leticia Valdez Martínez

