

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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA CON MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE
LA SALUD RELACIONADO CON AFRONTAMIENTO INEFICAZ
MANIFESTADO POR EXPRESIÓN DE ANGUSTIA Y PREOCUPACIÓN.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

**VICTORIA MALDONADO GAMA
NUM. DE CUENTA:
4-O311346-6**

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M.E. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MÉXICO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la vida, fuerza
Y voluntad para lograr uno
Más de mis anhelos.

A MI ESPOSO AMADO:

Quién con su amor y gran apoyo
Fue el respaldo que necesité en
Éste arduo camino. Por su
Confianza y entrega mi eterno
Agradecimiento.

A YARELI, DIEGO Y EDUARDO:

Mis amados hijos, por haber tolerado
Ésa falta de tiempo y ser mi gran motor
Que me impulsaba en mis flaquezas, les
Ofrezco mi amor de madre incondicional.

A MI MADRE Y HERMANAS:

Por haber creído en mí.
Mil gracias.

ANGELES:

Mi gran amiga, la que compartió,
Los buenos y malos momentos,
La que supo infundirme fé y
Confió en mí. Gracias.

A MI LINDA ASESORA:

Por brindarme la oportunidad y
Fortalecerme con sus alentadoras
Palabras, mi más sincero reconocimiento
Y mi eterno agradecimiento.

INDICE

	PAG.
1.-Introducción	1
2.- Objetivos	2
3.- Metodología	3
4.- Marco Teórico	4
4.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería	4
4.2 Proceso Atención de Enfermería	6
4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson	9
4.4 Adultez Media	14
5.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	16
5.1 Ficha de Identificación	16
5.2 Presentación del caso	17
5.3 Cuadro de Necesidades	18
5.4 Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	22
6.- Conclusiones	38
7.- Sugerencias	39
8.- Referencias Bibliográficas	40
9.- Anexos	42

1.- INTRODUCCIÓN

Anteriormente los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas, que a la propia persona. Con frecuencia, se aplicaban cuidados, guiados por la intuición y no por un método científico.

Actualmente gracias a la investigación de grandes enfermeras, contamos con un método propio que nos permite definir nuestro campo en el ejercicio profesional, garantizar la calidad de los cuidados de Enfermería de forma integral e individual; a través de la reafirmación de conocimientos adquiridos durante la formación académica. Es por ello que el presente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería, basado en el Modelo de Virginia Henderson, aplicado a una persona con un mantenimiento inefectivo de la salud, debido a su falta de afrontamiento individual y que a través de éste método hemos detectado y priorizado sus necesidades, llevando a cabo todas las etapas que requiere la aplicación del mismo. De igual manera hacemos referencia del modelo utilizado, los tiempos y el material y equipo requerido durante ésta investigación.

Debo hacer mención que la realización de dicho trabajo fue llevada a cabo bajo la más estricta ética profesional, y que por tal motivo fue utilizado el nombre de Karina para guardar la identidad real de la persona.

También se han incluido conclusiones y sugerencias respecto al aprendizaje obtenido.

Para finalizar deseo destacar, que la aplicación y elaboración de éste material me ha dado un aprendizaje que se verá reflejado en mi ejercicio profesional, elevando con ello la calidad y calidez de los cuidados de Enfermería.

2.- OBJETIVOS

General:

- ❖ Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería con base en el Modelo de Virginia Henderson.

Específicos:

- ❖ Resolver las necesidades de Karina, en base a intervenciones de Enfermería individualizadas.
- ❖ Elevar la calidad de la atención a través del Proceso Atención de Enfermería.
- ❖ Detectar oportunamente posibles complicaciones a través de la enseñanza y la prevención.
- ❖ Coadyuvar a lograr un afrontamiento del padecimiento en forma positiva y con optimismo.

3.- METODOLOGÍA

La metodología empleada para la realización del Proceso Atención de Enfermería, se basó principalmente en reuniones semanales con la asesora (3) para reafirmar conocimientos sobre el Proceso, unificar lineamientos del contenido y planificar la elaboración y revisión del mismo. Posteriormente se seleccionó a una persona para la aplicación de éste proceso; basado en el Modelo de Virginia Henderson.

La ventaja en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, fue la cercanía domiciliaria, lo que permitió tener un acceso frecuente a la entrevista por lo menos 2-3 veces por semana de 1 a 2 horas durante 3 semanas y nos permitirá tener un posterior seguimiento del caso. Durante la primera entrevista se le dio a conocer el porqué de la realización del trabajo y los objetivos planteados, haciendo énfasis en que los datos que se recogerían serían confidenciales y con apego a la ética profesional.

La Valoración se realizó en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, a través de Entrevista directa a la persona y familiares más cercanos.

En la etapa del Diagnóstico se realizaron siguiendo los lineamientos de la NANDA, en base a la valoración realizada.

La Planeación y Ejecución se resolvió a través de investigaciones de Enfermería, teniendo como objetivo la resolución de necesidades y problemas detectados.

La Evaluación nos permitirá ver el grado de resolución obtenido en los cuidados de Enfermería brindados.

Es importante mencionar que la revisión y la corrección de la elaboración de todo éste Proceso, se basó en la comunicación vía correo electrónico con la asesora en forma continua.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería

Florence Nightingale en sus “notas de Enfermería: Qué es y que no es” escritas en 1859, nos enseñó que uno de los roles más importantes de la Enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso con la persona, más de cien años han transcurrido desde entonces, y el valor de ésta visión sigue aún latente. Los escritos de Florence Nightingale reflejan el cuidado ofrecido a aquellos que sufrían las consecuencias de la guerra de Crimea. Nightingale articuló uno de los mayores focos de la Enfermería moderna: La conceptualización del entorno y su efecto sobre la persona. Nightingale trató por primera vez de diferenciar entre Enfermería y Medicina. Ella argumentó que éstas dos disciplinas tienen una perspectiva diferente del concepto de salud. Bajo ésta nueva perspectiva, la enfermera no necesita saber todo sobre procesos de enfermedades, y debe entender la influencia que el medio ambiente ejerce sobre la persona.¹

Muchos factores han influenciado la Profesión de Enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la Enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El estatus de la mujer y el nivel de desarrollo técnico en la sociedad, han influenciado y continuará influenciando fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

La profesión de Enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más se desarrollan los sistemas de Salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de Enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud.

Uno de los problemas que enfrentamos como profesión es que aún no podemos articular claramente que éste cuidado que Enfermería define como una Ciencia y un arte y que es la Enfermería Profesional es mucho más que una lista de actividades efectuadas por la enfermera.

Por lo que nos encontramos que la gran mayoría de las enfermeras:

¹ Grinspun, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo. En Antología de Sociedad y Salud. Pág. 240

--No tienen conocimientos de los conceptos fundamentales que guían el pensamiento teórico de Enfermería (Persona, Entorno, Enfermería y Salud).

--No basan su práctica profesional en un marco conceptual y tienen gran dificultad en articular una definición de Enfermería.

--Saben identificar formas de atender a las necesidades bio-físicas del enfermo, pero están menos capacitadas para atender a las necesidades psicológicas y socioeconómicas del mismo.²

Por lo que es importante crear una visión más amplia de la Enfermería y su esencia.

Definición de Enfermería:

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cuál la enfermera junto con la persona beneficiaria de éstos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.³

Para un mejor entendimiento acerca de ésta definición, la analizaremos detalladamente:

- Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda repetidamente entender y actuar.
- Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de Enfermería.
- Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad bio-psico-social del individuo y considera sus necesidades dentro del texto de su mando único.
- Enfermería es el cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse a un estado de Salud.

² Grinspun, Doris. Identidad Profesional, humanismo y desarrollo tecn. En Antología de Sociedad y Salud. Pág. 241.

³ Fawcet Jacqueline. Análisis and evaluation of conceptual models of Nursing. En Antología de Sociedad y Salud. Pág 245.

4.2 Proceso Atención de Enfermería

El término P A E (Proceso de Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año 1955. Desde entonces varias enfermeras han descrito el Proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el Proceso consta de tres fases: Observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowies (1967) sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de Enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

En 1967, la facultad de Enfermería de la Universidad Católica de América propuso cuatro componentes del Proceso Atención Enfermero: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los años 70 añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al Proceso de cinco fases.

En 1973, la Asociación América de Enfermeras(ANA), publicó los criterios de la práctica de Enfermería siguiendo las fases del Proceso; siendo en éste año cuando Geble y Lavin en la Universidad de San Luis en la escuela de Enfermería ayudaron a organizar la primera conferencia de la clasificación de los diagnósticos de Enfermería donde los participantes de ésta conferencia dieron lugar a la definición de los mismos.

En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de Asociación de Diagnósticos de Enfermería Norteamericana (NANDA).

Definición del Proceso Enfermero:

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”.⁴

Características del Proceso Enfermero:

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

⁴ Alfaro,Lefevre, Rosalinda,1999. En Proceso Enfermero de Rodríguez Sánchez B.Alicia.pág 29.

otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

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

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

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

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

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Fases del Proceso Atención Enfermería

Valoración: Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud de la persona. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales; se obtienen de varias fuentes y es la base de actuación y la toma de decisiones en fases siguientes para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

Diagnóstico de Enfermería: Problema de Salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo ó grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

En ésta fase, los profesionales clasifican y agrupan los datos obtenidos durante la valoración para la emisión de juicios.

Planificación: Implica una serie de fases, en las cuáles la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de Enfermería seleccionadas para solucionar los problemas identificados, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de Enfermería.

Ejecución: Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados.

Durante esta fase, la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. Para validar el plan, la enfermera determina:

- a) Si el plan de cuidados es realista y ayuda a la persona a lograr las respuestas o metas deseadas.
- b) Si se han considerado las prioridades de la persona.
- c) Si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

Evaluación: Se valora la respuesta de la persona a las actuaciones de Enfermería y después, se determina en que medida los objetivos y las respuestas esperadas han sido alcanzados.

Ventajas del Proceso de Enfermería

A la Persona:

- Calidad en el cuidado: Este se planifica para encontrar necesidades particulares del individuo, la familia o comunidad.
- Continuidad del cuidado: El hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él, con lo que se evita que la persona tenga que repetir la información a cada uno de los miembros del equipo.
- Participación de la persona en el cuidado de su salud: El proceso facilita que la persona desarrolle las capacidades relacionadas con su propio cuidado; de forma que se comprometan en mayor medida para alcanzar las metas.

A la enfermera:

- Educación constante y sistemática: Se requiere de una educación actualizada para el desempeño adecuado del proceso.
- Satisfacción en el trabajo: El profesional asegura las identificaciones correctas de los problemas de la persona. Favorece la coordinación y evita el trabajo por ensayo-error.
- Crecimiento Profesional: A través de la evaluación, la enfermera aprende que cuidados son efectivos y cuáles tienen que adaptarse para cubrir necesidades.
- Evita acciones legales: La enfermera cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidado de Enfermería previamente pactados, mediante la ejecución de todas las fases del Proceso.
- Alcanzar los modelos de Enfermería profesional: El criterio de los Estándares de la práctica de Enfermería.
- Alcanzar los modelos de hospitales acreditados: Al utilizar el Proceso de Enfermería, accedando un plan escrito de cuidados, por cada persona.

4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Biografía:

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia, adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.⁵

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrollo su interés por la Enfermería, y en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C. Graduándose en 1921.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en Teacher's Collage, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, textbook of the principles and practice of Nursing, tras la muerte de la autora, siendo publicada en esta

⁵ Marriner-Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Pág.102.

edición en 1939. La quinta edición de éste libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la Enfermería. Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50 desarrollando una gran labor de investigación sobre Enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale.

Su libro de texto fue reeditado en 1991 y se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de Enfermería habiéndose traducido a más de 25 idiomas.

Su influencia y los logros obtenidos en la profesión de Enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor Honoris causa y el primer premio Christiane Reimann. Henderson ha recibido el premio Mary Adelaida Nutting de la U.S. National League for Nursing, es socia Honoraria de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing de Inglaterra.

Principales Conceptos y Definiciones.

Enfermería. Henderson define la Enfermería en términos funcionales:

La única función de una enfermera es “ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila). Y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”⁶

Salud. Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la Salud con la independencia. En la sexta edición del Text book Principles and Practice of Nursing, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes incluida la de la organización mundial de la salud. Considera la salud en función de la capacidad de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería. Dice que es” la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de

⁶ Marriner-Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Pág.104.

energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.”

Entorno. Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster’s New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona. Henderson considera a la persona como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al individuo y su familia como una unidad.⁷

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el individuo, que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería.

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales.
- 4.- Moverse y mantener la posición adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir las prendas de vestir-vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.-Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Realizar prácticas religiosas según la fé de cada uno.
- 12.-Trabajar de tal forma que se sienta satisfecho con lo realizado.
- 13.-Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, utilizando los recursos sanitarios disponibles.

⁷ Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Págs. 104-105.

Supuestos Principales:

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales. Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente, ya que puede, y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere con la finalidad de mantener un equilibrio fisiológico y emocional debido a que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables; y su salud representa su calidad de vida. Además hace notar la importancia que tiene el entorno de la persona y en la cuál la enfermera debe tener conocimiento de él, para valorar los posibles riesgos.

Afirmaciones Teóricas

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-persona, que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1) La enfermera como un sustituto de algo necesario para la persona.
- 2) La enfermera como ayuda para la persona.
- 3) La enfermera como compañera de la persona.

En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como un sustituto de lo que la persona carece por considerarle "completo", "íntegro", "independiente", por la ausencia de *fuerza física, voluntad ó conocimiento*.

Durante la convalecencia la enfermera ayuda a la persona a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma "la independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma.

Como compañeros la enfermera y la persona elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hayan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades de la persona sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que en los casos en que las enfermeras conocen las relaciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura, humedad, luz, calor, precisión atmosférica, olores, ruido etc. Pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica”.

Ejercicio Profesional

La definición de Henderson sobre la Enfermería, por lo que al Ejercicio Profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia a la persona hallará una recompensa inmediata en el proceso de la persona desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al individuo.

Henderson afirma que “para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación que solo se imparte en colegios y universidades”.

Además Henderson cree” que el valor de la formación no procede solo de los conocimientos que se adquieren sino de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior”. Dice que “la Enfermería es una ocupación universal y que la formación superior permite ejercerla mejor.”

Ha resaltado la importancia de la investigación por lo que concluye que ninguna profesión de ésta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación.

4.4 Adulthood media

Es el período comprendido entre los 30/40 años hasta los 50/60 años.

Crecimiento y desarrollo físico:

Es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento, en donde existen una serie de cambios físicos y psicosociales muy complejos.

Por ejemplo: en la edad madura, existe el desgaste de los tejidos, disminuye la fuerza, hay cambios en el sistema tegumentario, disminuye el crecimiento del pelo, aparecen unas pocas arrugas en la cara, las líneas de la risa surcan los extremos de los ojos.

En el sistema óseo, comienzan a evidenciarse de3scalcificaciones. Se pierde progresivamente espacios intervertebrales, observándose por ello una disminución en la estatura.

En la mujer se presenta el climaterio y la menopausia. En donde hay transformaciones bio-psicosociales.

Desarrollo Cognitivo:

El adulto medio posee un pensamiento formal. Sin embargo éste tiene una particularidad que determinaría cierto grado de rigidez haciéndole difícil enfrentar el cambio y la novedad de las diversas situaciones que vive.

Existe temor en relación con pérdida de las habilidades mentales debido a que puede haber una disminución de memoria, mayor tiempo en terminar una tarea o solucionar un problema porque se distraen con mayor facilidad. Estos son cambios comunes en las destrezas intelectuales.

El grado de motivación para aprender y recordar, el interés o significatividad de la información, el tiempo de la experiencia educacional que se ha tenido, tienden a ser más importantes en ésta edad que la modificación de las habilidades de aprendizaje y memoria. Son igualmente creativos que los adultos jóvenes.

Desarrollo afectivo. El adulto se replantea frente a lo vivido, en su mayoría las mujeres en la mediana edad se vuelven más asertivas y

orientadas al logro; aunque se vuelven más introvertidas con menos inclinación a correr riesgos, lo que lleva a enfrentar la vida de una manera distinta o como lo hacía en la adultez joven.

Por lo que en conclusión resulta de suma importancia conocer todos estos aspectos para poder ubicar a la persona con la que se está trabajando; de tal forma que nos permita lograr un mejor entendimiento de sus necesidades en relación a la etapa de su vida.

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

5.1 Ficha de Identificación

Nombre: Durante este proceso la llamaremos Karina para mantener su identidad en el anonimato.

Edad: 48 años

Peso: 58 Kg.

Talla: 1.46 CMS.

F. de Nacimiento: 23-diciembre del 58.

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Secundaria.

Num. De Personas que conforman la familia: 5

Información: directa (entrevista)

Fiabilidad: 3

5.2 Presentación del caso

Karina es una mujer madura de 48 años de edad, que vive en unión libre con su pareja desde hace 13 años, reside en el Estado de Morelos, en un medio urbano; su casa es de tabique con loza y cuenta con 2 recámaras, cocina, baño y un patio muy amplio, tiene a su alcance los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono y recolección de basura).

Su convivencia diaria es con su esposo, dos hijos (7 y 8 años) su suegra que es una persona senil.

Hace 8 meses que inició con su padecimiento (diabetes mellitus). Y desde entonces refiere sentirse mal acentuándose la fatiga y el cansancio cada día.

Su glucosa persiste elevada (285 a 400 mg.) a pesar de los medicamentos empleados (bi euglucón).

Aunado a esto, hace 3 semanas le detectaron un nódulo mamario; tal hallazgo la mantiene en un estado de ansiedad y angustia.

Durante la valoración de Enfermería se detectó que Karina no puede afrontar tal situación, ya que carece de falta de voluntad, y de información sobre sus padecimientos, por lo que la inadecuada alimentación y falta de ejercicio no permiten estabilizar su glucosa condicionándole un estado de ansiedad y estrés.

A todo ello le agregamos la falta de optimismo, motivación personal y familiar, que por su inseguridad en ella misma no ha sabido obtener. Pero afortunadamente muestra un gran interés por conocer, aprender y mejorar su estado de salud.

5.3. Cuadro de Necesidades

Necesidad	Grado de dependencia	Datos de Dependencia	Fuente de la dificultad	Dx. de Enfermería
Oxigenación	P.D.	--Disnea a la realización de medianos esfuerzos. --Fatiga y cansancio	--Falta de fuerza	Alteración de la respiración espontánea relacionado con esfuerzo físico moderado, manifestado por fatiga y cansancio.
Nutrición	P.D.	--Exceso en la ingesta de azúcares y carbohidratos. --Realiza solo 2 comidas. --Poca ingesta de agua.	--Falta de Conocimiento. --Falta de voluntad.	Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con ingesta elevada de azúcares y carbohidratos manifestado por un peso de 60 kg. Y talla de 1.46 cms.
Eliminación	P.D.	-Abdomen globoso. -- Evacuaciones 2-3 por semana. --Heces duras y secas. --Tenesmo y presencia de hemorroides.	--Falta de conocimiento	Estreñimiento relacionado con consumo insuficiente de fibra y agua, manifestado por evacuaciones 2-3 por semana.

Termorregulación	P.D.	<ul style="list-style-type: none"> --Diaforesis nocturna. --Elevación de la temperatura por las noches. --Inquietud. --Molestia. --Sensación de enfado. 	<ul style="list-style-type: none"> --Falta de conocimiento 	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con disfunción hormonal propia del climaterio.
Moverse y mantener una buena postura	P. D.	<ul style="list-style-type: none"> --Dolor en miembros pélvicos. -Agotamiento. --Debilidad muscular. --reflejo de tristeza. --No realiza actividades recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> --Falta de fuerza. --Falta de conocimiento. 	Deterioro de la movilidad física general, relacionado con la falta de ejercicio, manifestado por la disminución de la fuerza y mialgias.
Descanso y sueño.	P.D.	<ul style="list-style-type: none"> --Ojeras ligeramente marcadas. --Bostezos. --Cefalea matutina. --Sensación de no haber descansado. --Insomnio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de voluntad y conocimiento. 	Deterioro del patrón del sueño, relacionado con preocupación por el bienestar de sus hijos, manifestado por insomnio mantenido.
Higiene y protección de la piel.	P.D.	<ul style="list-style-type: none"> --Piel reseca. --No usa crema. --Sandalia descubierta. 	<ul style="list-style-type: none"> --Falta de voluntad y conocimiento. 	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con alteración de la sensibilidad.

Evitar peligros	P.D	--Visión borrosa. --No se realiza controles de glucosa. --No acude a citas médicas. --No toma sus medicamentos. --Nunca ha consultado a un oftalmólogo.	--Fuerza de voluntad y conocimiento.	Riesgo de caídas relacionado con inestabilidad de la glucosa.
Comunicarse.	P.D.	--Falta de comunicación con su pareja. --No exterioriza sus sentimientos. --Le es muy difícil solicitar ayuda. --Vive situación de angustia.	--Falta de voluntad y conocimiento.	Afrontamiento inefectivo individual relacionado con miedo sobre el hallazgo de un nódulo mamario, manifestado por angustia y negación.
Vivir según sus creencias y valores.	P.D.	--Situación de angustia y ansiedad. --No pertenece a ningún grupo dentro de su religión --No asiste con frecuencia a su iglesia.	--Falta de voluntad.	Ansiedad relacionada con amenaza del estado de salud, manifestado por expresiones de preocupación y angustia.

Jugar y participar en actividades recreativas.	P.D.	--Solo ve televisión. --Falta de actividades recreativas. --Falta de convivencia familiar.	Falta de voluntad.	Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de interés, manifestado por cansancio y aburrimiento.
Aprendizaje	P.D.	--No realiza ninguna actividad respecto a la lectura o escritura. --Se limita a ayudar en las tareas de sus hijos. -Muestra interés por aprender. --Muestra ansiedad y estrés respecto al estado de salud.	--Falta de voluntad y conocimiento.	Disposición para mejorar los conocimientos con respecto a su enfermedad, relacionado con el mejoramiento de su salud, manifestado por el interés de aprender.
Usar prendas de vestir adecuadas.	Totalmente independiente.			

5.4 Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería

Necesidad: Oxigenación

Valoración.

Datos que manifiestan independencia:

- Temperatura 36.6°C.
- Pulso 74X'
- Respiración. 20 X'
- Tensión arterial 120/70

Datos que manifiestan dependencia:

- Disnea a la realización de medianos esfuerzos.
- Taquicardia. si camina muy de prisa ó tramos muy largos.
- Refiere fatiga y cansancio.

Diagnóstico de Enfermería

- Alteración de la respiración espontánea relacionado con esfuerzo físico moderado, manifestado por fatiga y cansancio.

Planeación de Cuidados

Objetivo:

- Favorecer la respiración a través de técnicas de relajación y respiración.

Intervenciones de Enfermería.

- Motivar a que realice una caminata diaria de preferencia por las mañanas; por lo menos de una hora.
- Sugerir que acuda a las instalaciones del IMSS a realizar aerobics de bajo impacto (las instalaciones se encuentran frente a su casa).
- Enseñar técnicas de respiración y relajación a través de la demostración de cómo hacerlo.

- Enseñar que puede delegar funciones propias del hogar al resto de la familia.
- Realizar un control de glucosa antes de realizar ejercicio para determinar si debe hacerlo ó el tipo de ejercicio que puede hacer.
- Insistir en la importancia de tomar su medicamento como lo indica el médico.

Evaluación:

En estas tres semanas que duró el proceso, ha estado caminando todas las mañanas de 9:00 a 10.00 después de llevar los niños a la escuela, conjuntamente con una vecina, y refiere sentirse mejor y disfrutar una conversación agradable.

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Piel ligeramente hidratada.
- Mucosas hidratadas.
- Uñas cortas.
- Refiere buena cicatrización de heridas.

Datos que manifiestan dependencia:

- Exceso en la ingesta de azúcares y carbohidratos.
- Realización solo de 2-3 comidas.
- Poca ingesta de agua (2-3 vasos al día).
- Refiere lumbalgia durante esfuerzos.

Diagnóstico de Enfermería:

- Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con la ingesta elevada de carbohidratos y azucares, manifestado por un peso de 60 Kg. y una talla de 1:46cms.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Dar a conocer a Karina diversos grupos de alimentos que le permitan ser incluidos en su alimentación diaria.

Intervenciones de Enfermería:

- Realizar una dieta para diabético individualizada.(anexo 2)
- Enseñar ejemplos de sustituciones de alimentos.
- Incluir en su dieta un aporte adecuado de líquidos.
- Enseñar el por que debe fraccionar el total de sus calorías.
- Dar a conocer las frutas y verduras que puede consumir.
- Enseñar que no debe tener ayunos prolongados.

Evaluación:

Se le dió por escrito la dieta, estuvo de acuerdo en llevarla a cabo.

Al término de éstas 3 semanas ha bajado 3 Kg. De peso y su glucosa está en 145 mg.

Necesidad: Eliminación.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Ruidos intestinales presentes.

Datos que manifiestan dependencia:

- Abdomen globoso.
- Evacuaciones 2-3 por semana.
- Heces de consistencia dura y seca.
- Tenesmo.
- Presencia de hemorroides.

Diagnóstico de Enfermería:

- Estreñimiento relacionado con el consumo insuficiente de fibra y agua manifestado por evacuaciones de 2-3 por semana.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Sensibilizarla en el consumo de fibra a través de la modificación de hábitos alimenticios que permitan facilitar la eliminación.

Intervenciones de Enfermería.

- Incluir en su dieta de alimentos ricos en fibra.
- Dar a conocer la importancia del aporte suficiente de agua.
- Enseñar una serie de ejercicios que le ayudarían para la eliminación intestinal (ejercicios de miembros pélvicos y pedaleo suave).
- Sugerir que incluya en su dieta cereales como el all bran, que es rico en fibra.
- Elaborar una lista de alimentos ricos en fibra.(anexo 3) y que ella sepa que debe consumir mínimo tres raciones para resolver su problema.
- Enseñar a detectar signos de alarma con respecto a sus hemorroides como puede ser el sangrado de las mismas.

Evaluación:

Con las caminatas matutinas, el ejercicio pélvico y sobre todo la dieta y la ingesta suficiente de líquidos ha disminuido considerablemente el estreñimiento y la inflamación de las hemorroides; mejorando con ello el estado anímico de Karina.

Necesidad: Termorregulación.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Piel morena-clara.
- La casa que habita cuenta con adecuada ventilación y sus habitaciones son cálidas.
- Edad: 46 años.

Datos que manifiestan dependencia:

- Diaforesis nocturna
- Elevación de la temperatura por las noches.
- Inquietud.
- Molestia,
- Sensación de enfado.

Diagnóstico de Enfermería

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con disfunción hormonal propia del climaterio.

Planeación de Cuidados.

Objetivo:

- Enseñar a Karina que el climaterio es una etapa inherente a su desarrollo con cambios fisiológicos y psicológicos muy propios.

Intervenciones de Enfermería.

- Explicar a Karina qué es el climaterio y cuáles son sus síntomas a través de una plática conjuntamente con su esposo.
- Insistir que el ejercicio es parte fundamental del tratamiento.

- Sugerir la terapia ocupacional como una alternativa de distracción (lectura, bordado, juegos de mesa) dependiendo de sus gustos personales.

- Mantener una buena nutrición es básica en esta etapa de su vida.
- Enseñar a que detecte signos de alarma durante el climaterio (hemorragias).

Evaluación:

Ha mantenido su dieta y ejercicio; pero lo que más le agradó es sentarse a jugar con sus hijos (lotería, memorama).

Comprendió que este período de transición es fisiológico y superable.

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- No necesita ayuda para deambular.
- No tiene limitaciones físicas.
- No hay deformidades congénitas.
- No acostumbra siesta.

Datos que manifiestan dependencia:

- Dolor en miembros pélvicos.
- Agotamiento.
- Debilidad muscular.
- Reflejo de tristeza.
- No realiza actividades recreativas.

Diagnóstico de Enfermería:

- Deterioro de la movilidad física general relacionado con falta de ejercicio manifestado por la disminución de la fuerza y mialgias.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Lograr disminuir el agotamiento y las mialgias a través del descanso y técnicas de relajación.

Intervenciones de Enfermería:

- Enseñar la diferencia entre actividades cotidianas y ejercicio.
- Dar a conocer técnicas de respiración y relajación enseñándole como debe ser la inspiración y expiración.
- Continuar con las caminatas matutinas.
- Indicar sumergir los pies en una tina con agua tibia y aceite de almendras dulces, y posteriormente un suave masaje de preferencia antes de acostarse. (el baño de pies no debe exceder de 10 minutos.
- Sugerir tome una pequeña siesta por lo menos 15-20 minutos diario; elevando sus miembros pélvicos.
- Sensibilizar a su esposo a través de una plática demostrativa respecto a la gran utilidad y beneficios que otorga un buen masaje.

Evaluación:

Se logró reducir el cansancio y las mialgias con el masaje y el ejercicio.

Necesidad: Descanso y sueño.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Situación de ansiedad y estrés.
- Descansa 8 horas.

Datos que manifiestan dependencia:

- Ojeras ligeramente marcadas.
- Bostezos.
- Cefalea matutina.
- Sensación de no haber descansado.
- Insomnio.

Diagnóstico de Enfermería:

- Deterioro del patrón del sueño relacionado con preocupación por el bienestar de sus hijos, manifestado por insomnio mantenido.

Planeación de cuidados:

Objetivo:

- Lograr que Karina concilie el sueño a través de métodos y/o alternativas naturales.

Intervenciones de Enfermería:

- Sugerir baño con agua tibia antes de acostarse.
- Tomar té de azahar de naranjo, u otro de su preferencia.
- Evitar tomar café por las noches.
- Proponer que antes de dormir escuche música tranquila clásica instrumental que mas le agrade.
- Brindar como una alternativa la aromaterapia.
- Dar pláticas de autoestima para infundirle confianza en sí misma.

Evaluación:

La creación de nuevas actividades, el cambio de hábitos alimenticios y el ejercicio la han ayudado notablemente.

Se nota más tranquila; han disminuido la presentación de insomnio y le gustó la experiencia de la aromaterapia. La realizó con una vela aromática de jazmín.

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Hábito del baño diario.
- Aseo bucal adecuado.
- Encías sonrosadas.
- Dentadura completa, sin datos de caries.

Datos que manifiestan dependencia:

- Piel reseca.
- No usa ninguna crema para la piel.
- Tiene las uñas largas.
- Usa sandalia descubierta y en ocasiones le gusta estar descalza.

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la sensibilidad.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Mantener la piel hidratada y lubricada para evitar lesiones dérmicas.

Intervenciones de Enfermería.

- Indicar el uso de una crema hidratante para el cuerpo.
- Insistir en el aporte adecuado de líquidos (especialmente agua).
- Enseñar medidas preventivas respecto a quemaduras.
- Continuar con una alimentación equilibrada.
- Enseñar el manejo de heridas; prioritariamente formas de asepsia e identificación oportuna de signos de infección.
- Enseñar especialmente el cuidado de los pies. (anexo 4).

Evaluación:

Afortunadamente no hay ninguna lesión dérmica; y Karina quedó convencida de lo importante que es conocer medidas preventivas y que ella posee la capacidad suficiente de auto ayudarse.

Necesidad: de Evitar peligros.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- No existe ninguna deformidad congénita.
- La casa está hecha de tabique con loza.
- Cuenta con los servicios públicos necesarios (agua, luz, drenaje, etc.)
- No realiza trabajos de alto riesgo.

Datos que manifiestan dependencia:

- Visión borrosa.
- No se realiza controles de glucosa periódicos.
- No acude a sus citas médicas con regularidad.
- No toma sus medicamentos como se los prescriben.
- Nunca ha consultado a un oftalmólogo.

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de caídas relacionado con inestabilidad de la glucosa.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Informar a Karina de la importancia del control estricto de glucosa para prevenir posibles traumatismos.

Intervenciones de Enfermería.

- Insistir en la importancia de su control de glucosa periódicamente.
- Solicitar la valoración de un oftalmólogo que permita detectar oportunamente alguna complicación.
- Usar lentes en caso de requerirlos.
- Indicar que no debe tener ayunos prolongados porque pueden ocasionarle hipoglucemias y por consiguiente alguna caída.
- Enseñar medidas básicas de prevención de accidentes en la casa y fuera de ella.
- Recomendar ingresar al grupo de diabéticos de su clínica ó centro de salud más cercano.

Evaluación:

Se logró obtener una cita con el oftalmólogo para el 19 de octubre/06 en la clínica del ISSSTE, de la cuál es derechohabiente; así como su ingreso al club de diabéticos.

Necesidad: de Comunicarse.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Lenguaje claro.
- Audición sin problemas.
- Vive en unión libre.
- Tiene 13 años de relación con su pareja.

Datos que manifiestan dependencia:

- Falta de comunicación con su pareja.
- No exterioriza sus sentimientos ó problemas fácilmente.
- Le es muy difícil solicitar ayuda.
- Vive situación de angustia por hallazgo de nódulo mamario.

Diagnóstico de Enfermería:

- Afrontamiento inefectivo individual relacionado con miedo al pronóstico sobre el hallazgo de un nódulo mamario, manifestado por angustia y negación.

Planeación de Cuidados

Objetivo:

- Disminuir el estado de angustia y ansiedad a través del apoyo emocional.

Intervenciones de Enfermería.

- Saber escucharla con atención, abrazarla y decirle que entiendo su preocupación; dejar que llore y exprese sus sentimientos.
- Disponer del tiempo suficiente y necesario para la entrevista.
- Brindar confianza actuando con ética y responsabilidad.
- Sugerir que debe externar su preocupación a su pareja.
- Ofrecer una plática conjuntamente con su esposo sobre que es un nódulo mamario.
- Enseñar la autoexploración de la mama y la detección oportuna de algún signo de alarma.
- Orientar acerca de cuidados que debe tener en esa mama y/ brazo izq. (evitar traumatismos)

Evaluación:

Afortunadamente hubo un diálogo con su pareja.

Se encuentra en tratamiento médico con el oncólogo y se encuentran pendientes algunos estudios para determinar diagnóstico y pronóstico médico.

Necesidad: Vivir según sus creencias y valores.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Creencia religiosa católica.
- Su valor personal: el amor de sus hijos.

Datos que manifiestan dependencia:

- Situación de angustia y ansiedad.
- No pertenece a ningún grupo en particular dentro de su religión.
- No asiste con frecuencia a su iglesia.
- Existe poca convivencia con su familia.

Diagnóstico de Enfermería:

- Ansiedad relacionada con amenaza del estado de salud, manifestado por expresiones de preocupación y angustia.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Mejorar el estado de salud a través de la nutrición, el ejercicio y la fé en ella misma.

Intervenciones de Enfermería.

- Persistir con su dieta para diabético(anexo 2)
- Continuar con sus caminatas matutinas.

- Sugerir actividades religiosas que le agraden y causen satisfacción.
- Controlar periódicamente su glucosa.
- Seguir insistiendo en la importancia de ingerir sus medicamentos como se lo indican.
- Continuar tratamiento establecido por el problema mamario.
- Vigilar estrechamente ambos senos; y detectar oportunamente algún signo de alarma.

Evaluación:

Está llevando a cabo su dieta y ejercicio.

Se nota más optimista.

Necesidad: de jugar y participar en actividades recreativas.

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Sistema neuromuscular íntegro.
- Participa en actividades escolares.
- Cuenta con fácil acceso a parques, canchas deportivas.

Datos que manifiestan dependencia:

- Solo ve televisión.
- Falta de actividades recreativas.
- Falta de convivencia familiar.

Diagnóstico de Enfermería:

- Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de interés manifestado por cansancio y aburrimiento.

Planeación de Cuidados:

- Motivar a la realización de ciertas actividades que favorezcan la interacción familiar a través de juegos recreativos.

Intervenciones de Enfermería.

- Enseñar que podemos aprovechar la realización de tareas escolares y resolverlas a través del juego, fomentando así la relación con sus hijos.
- Sugerir paseos, días de campo en familia los fines de semana.
- Brindar la opción de juegos de mesa en donde participe toda la familia.

- Sugerir que platique un poco más con su esposo y le haga saber lo importante que es para ella su apoyo y participación.
- Dar la opción de que algunas noches pueden reunirse ambos con sus hijos para leer algún cuento que les agrade.

Evaluación:

Ya practican juegos de mesa, los domingos llevan los niños al parque; y sobre todo su esposo está tratando de participar activamente.

Necesidad: de Aprendizaje

Valoración:

Datos que manifiestan independencia.

- No tiene limitación cognitiva.
- Conoce fuentes de aprendizaje en su comunidad.
- No tiene alteraciones fisiológicas en sus sentidos.
- Sabe leer y escribir(secundaria terminada)

Datos que manifiestan dependencia.

- No realiza ninguna actividad personal de lectura o escritura.
- Se limita ayudar a sus hijos con la tarea.
- Muestra interés por aprender sobre su estado de salud.
- Estado de ansiedad y estrés respecto a posibles complicaciones de su estado de salud.

Diagnóstico de Enfermería:

- Disposición para mejorar los conocimientos respecto a su enfermedad relacionado con el fortalecimiento de su salud manifestado por el interés de aprendizaje.

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Reforzar y ampliar los conocimientos sobre las enfermedades de Karina con la finalidad de mejorar su estado de salud.
- Lograr un mejor afrontamiento individual para disminuir el estado de ansiedad y estrés.

Intervenciones de Enfermería:

- Dar a Karina pláticas en forma teórica y práctica sobre:
 - Alimentación.
 - Ejercicio.
 - Medicamentos.
 - Medidas preventivas.
 - Apoyo emocional
 - Signos de alarma.

- Favorecer la comunicación con su familia a través de dinámicas y juegos recreativos.

Evaluación:

Se reafirmaron conocimientos y se logró modificar sus hábitos alimenticios, no en su totalidad pero si en un buen porcentaje(60-70%)

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, es de vital importancia para brindar cuidados de calidad con calidez y eficiencia, y que no necesariamente tienen que ser dentro de un hospital, sino en diversas partes: escuela, trabajo, comunidad, hogar, etc.; incluyendo personas sanas o enfermas.

El Proceso Atención de Enfermería nos brinda la identidad profesional, respalda nuestros cuidados y nos permite evaluar nuestra actuación, con el propósito de mejorar día con día.

Es por ello que se ha utilizado este conocimiento para ayudar a Karina, porque a través de este método se ha podido detectar sus necesidades, las cuáles, se enfocan principalmente a un problema de afrontamiento individual respecto a su padecimiento; y que a través de la aplicación de éste proceso se le brinda la información y ayuda necesaria enfocada primordialmente al conocimiento de su padecimiento, a la realización de ejercicio y a la importancia del consumo de sus medicamentos y sobre todo a la mejora de sus hábitos alimenticios; así mismo la aplicación de medidas preventivas; las cuales han sido de valiosa utilidad y se ha podido evaluar la transformación, aprendizaje y aceptación de ésta persona, que ha sido bastante favorable así como la disminución de su estado de ansiedad y preocupación.

Para concluir debo reconocer que me fue difícil plasmar por escrito todo este análisis, aunque en mi ejercicio diario lo lleve a cabo sin problema; de ahí la importancia que tiene la realización de éste tipo de trabajos.

SUGERENCIAS

Es necesario que en todas las Escuelas de Enfermería, no sólo las universitarias, si no también los CEBETIS, y escuelas PRIVADAS, se le dé un mayor énfasis a la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, con el objeto de poder unificar nuestros cuidados de Enfermería en el ejercicio profesional atrayendo con ello la identidad profesional propia de la Enfermera con un gran nivel académico sin haber diferencias respecto a la escuela de donde se egrese.

Para ello sugiero las siguientes estrategias:

- ❖ Reglamentar los planes de estudio de todas las Escuelas.
- ❖ Unificar la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en las diferentes instituciones.
- ❖ Actualizar a los docentes respecto a la aplicación del Proceso Atención de Enfermería a través de cursos.
- ❖ Unificar las hojas de Enfermería en las diversas instituciones con respecto a la aplicación del proceso, de tal forma que ayude a los estudiantes cuando realicen prácticas hospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia; Proceso Enfermero, 2ª edición, editorial Cuellar, México DF.
- Marriner Tomey Ann; Modelos y teorías en Enfermería, 3ª edición, editorial Harcourt, España 1997.
- Redondo Márquez Luis; La Fibra Terapéutica, 2ª edición, editorial glosa, Barcelona.
- Elorza Martínez Gustavo; manual de Enfermería, 1ª edición, editorial Zamora, Colombia 2006.
- Carpenito Lynda Juall; Diagnóstico de Enfermería, 5ª edición, editorial Interamericana, España 1995.
- Brunner Shoitis Lillian; Manual de la Enfermera, tomos 1-3, 4ª edición, editorial Interamericana, México 1988.
- Pacheco Arce Ana Laura; Antología de Sociedad, Salud y Enfermería, ediciones UNAM-ENEO, México 2003.
- Nava Salgado Susana; Proceso de Enfermería, material recopilado, México 2005.
- NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación, editorial Elsevier, España 2003-2004.
- Bautista Paredes Lorena; Proceso Atención de Enfermería, trabajo de Titulación, México 2006.
- Masalán Apip y Colaboradores. Artículo de Internet, Auto cuidado en el ciclo vital, Chile 2002-2003.
- Red Escolar Nacional; 3ª etapa de la vida, Artículo de Internet, Venezuela 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACION

Necesidad de Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a grandes esfuerzos. Tos productiva/seca: no existe. Dolor asociado con la respiración: no lo hay. Fumador: no fuma.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp.36.6°C., PULSO 74x', Resp. 20X', T. /A. 120/70.

Estado de conciencia: consciente.

Coloración de piel: ligeramente pálida. No cianosis.

Necesidad de nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo). Normal. Continúa ingiriendo azúcar, tortilla,(3-4 por comida), pan(1 pieza). Número de comidas diarias. 2-3 al día.

Trastornos digestivos: estreñimiento.

Intolerancia alimentaria/alergia.: ninguna.

Problemas de masticación y deglución: ninguno.

Patrón de ejercicio. Caminar ocasionalmente.

Objetivo:

Turgencia de la piel: ligeramente áspera.

Membranas y mucosas: hidratadas.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: sin limitaciones físicas.

Refiere lumbalgia, mialgia

Aspecto de los dientes: dentadura completa, sin caries.

Encías: sonrosadas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Tiene 2 cicatrices de heridas quirúrgicas (cesáreas) y refiere que sus heridas cicatrizan adecuadamente.

Necesidad de Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 2-3 por semana.

Características de las heces/orina: Las heces son duras y secas. Refiere tenesmo. La orina es amarilla clara.

Menstruación: Tiene 3 meses sin presentar sangrado.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Al momento ninguna.

Uso de laxantes: ninguno.

Hemorroides: si.

Objetivo:

Abdomen, características: globoso.

Ruidos intestinales: presentes.

Palpación de la vejiga urinaria: Globo vesical pequeño.

Necesidad Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Refiere diaforesis nocturna, bochornos.

Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ejercicio; solo en ocasiones camina para ir por los niños a la escuela.

Temperatura ambiental que le es agradable: el frío.

Objetivo:

Características de la piel: morena clara.

Transpiración: Abundante.

Condiciones del entorno físico: La casa es de tabique con loza, tiene poca ventilación pero cuenta con un patio amplio; las habitaciones de la casa son cálidas.

Necesidad: De moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: padece agotamiento, dolor de piernas.

Actividades en el tiempo libre: ver televisión.

Hábitos de descanso: Ninguno. No acostumbra siesta.

Hábitos de trabajo: programa sus actividades del hogar.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, sin limitaciones físicas.

Fuerza: debilidad muscular por agotamiento.

Posturas: la columna ligeramente hacia delante al caminar.

Necesidad de ayuda para la deambulación: ninguna. Se vale por si misma.

Su estado emocional refleja tristeza.

Necesidad de Descanso y Sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: ninguno. Horario de sueño: 10:30 p.m. a 7:00 a.m.

Sueño. Le es muy difícil conciliarlo; se siente preocupada.

Horas de sueño. 8 horas y media. Padece insomnio debido a alteración psicológica.

Refiere sensación de no haber descansado.

Objetivo:

Estado mental, ansiedad/ estrés/

Lenguaje: no es muy amplio pero es claro.

Ojeras: presentes. Atención: sabe escuchar. Bostezos: presentes.

Refiere cefaleas matutinas. Tiene buena respuesta a estímulos.

Necesidad de: Usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir. No.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: adecuada.

Vestido incompleto: no. Sucio: no. Inadecuado: no.

Necesidad: de Higiene y Protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño. Diario.

Momento preferido para el baño: por las tardes.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces.

Aseo de manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

no.

Objetivo:

Olor corporal: normal.

Halitosis: no.

Estado del cuero cabelludo. Reseco.

Lesiones dérmicas: no.

Necesidad de Evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia. Esposo, 2 hijos (7y 8 años) y suegra (88 años).

Como reacciona ante situación de urgencia: muy nerviosa, le cuesta trabajo saber que hacer.

Conoce las medidas de prevención de accidentes. Hogar: algunas.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona. No.

Familiares. En ocasiones.

Objetivo:

Deformidades congénitas: ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: favorables, cuenta con los servicios necesarios.

Necesidad de Comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Unión libre. Años de relación. 13. Viven con: sus dos hijos y la mamá del esposo.

Preocupaciones.

Existe el estrés y eso condiciona también estrés a toda la familia.

Otras personas que pueden ayudar: su esposo.

Comunica problemas debidos a la enfermedad. No. Expresa que no quiere preocuparlos.

Cuanto tiempo pasa sola: la mayor parte del día.

Objetivo:

Habla claro. Si. Dificultad, visión: si. Borrosa. Audición: sin ningún problema.

Comunicación verbal/no verbal/con la familia/con otras personas significativas. Reservada.

Necesidad de Trabajar y Realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente. No. Tipo de trabajo: solo el que realiza en el hogar.

Cuánto tiempo le dedica al trabajo. No trabaja fuera del hogar.

No cuenta con ninguna remuneración económica.

Objetivo:

Su estado emocional parece tranquilo.

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: solo ve la televisión.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si.

Recursos en su comunidad para la recreación: Existen parques, canchas deportivas incluso las instalaciones deportivas y educativas del IMSS se encuentran ubicadas frente a su casa.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: solo en matrogimnasias escolares.

Objetivo: Integridad del sistema neuromuscular: sin malformaciones congénitas. Llega a presentar mialgias. Y cefaleas matutinas.

Estado de ánimo: aburrido.

Necesidad de Aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Secundaria terminada.

Problemas de aprendizaje: ninguna

Limitaciones cognitivas: Ninguna.

Preferencias. Leer/escribir. No realiza ninguna de las dos cosas, pero prefiere leer.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad. Si.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud. Si

Objetivo.

Órganos de los sentidos: sin problemas (excepto vista borrosa).

Estado emocional: ansiedad en relación a su estado de salud y hallazgo de nódulo mamario (se encuentra ya en tratamiento).

ANEXO 2.

DIETA PARA DIABETICO DE 1000 CALORIAS

(CON 89 GR. DE PROTEINAS, 78 GR. DE GRASAS, 255 GR. DE CARBOHIDRATOS).

Desayuno:

200 ml. De leche descremada.

40 gr. De pan blanco ó integral.

25 gr. Alimento proteico: (atún sin aceite, queso).

Media mañana:

60 gr. De pan blanco o integral.

25 gr. Alimento proteico: (atún sin aceite, queso)

Comida:

Un alimento a escoger del grupo de:

---verduras.

---Alimento proteico.

---Frutas.

--- 40 gr. Pan blanco o integral.

Cena:

200 ml. Leche descremada, ó

2 yogurt naturales descremados.

20 gr. Pan blanco o integral.

Grupos de Alimentos que Puede Consumir

Verduras

Grupo A

300 gramos de: acelgas, apio, berenjenas, brócoli, calabaza, champiñones, Coles, espárragos, espinacas, lechuga, pepino, pimientos, Rábanos, tomates.

Grupo B:

200 gramos de: coliflor, berros, cebollas, nabos.

Grupo C:

100 gramos: alcachofas, cebollas, col , remolacha, zanahoria.

Frutas

Grupo A:

300 gramos de: melón, sandía.

Grupo B:

150 gramos de: fresa, albaricoque, ciruelas, frambuesas, mandarina, naranja, Piña natural.

Grupo C:

120 gramos de: manzana, melocotón, pera.

Grupo D:

75 gramos de: chirimoya, cerezas, plátano, níspero, uvas.

Farináceos

Grupo A:

120 gramos de: guisantes (chícharos).

Grupo B:

100 gramos de: papas.

Grupo C:

40 gramos de: garbanzos, alubias secas, lentejas, papas fritas, pan blanco ó integral.

Grupo D:

30 gramos de: pastas, arroz, (macarrón, spaguetis, fideos.)

Pan tostado, puré de papa.

Alimentos proteicos

Carnes:

100 gramos de: carne magra (sin grasa). Pollo sin piel, pechuga de pavo, Conejo, liebre, ternera ó buey magros.

Pescados:

130 gramos de: pescado azul ó blanco.

Huevos:

2 huevos.

Notas importantes

- ❖ Se puede sustituir 100 ml. De leche descremada por 1 yogurt ó 40 gr. De queso fundido.

- ❖ Puede sustituir 10 gramos de pan, por una galleta.

- ❖ Puede condimentar a su gusto con:
 - Sal.
 - Vinagre.
 - Perejil.
 - Laurel.
 - Limón.
 - Ajo y cebolla.

- ❖ Incluir en la dieta de 1.5 a 2 litros de agua por día.

ANEXO 3

LA FIBRA: CONCEPTO Y DEFINICION

Se conoce con el nombre de fibra a diversos compuestos de origen vegetal que presentan como común denominador el estar constituidos por macromoléculas no digeribles, debido a que las enzimas del intestino humano no pueden hidrolizarlas.

Pero para entender el verdadero papel que la naturaleza ha conferido a la fibra, hay que situarla en el contexto adecuado. Los vegetales han constituido y constituyen el primer eslabón de la cadena alimentaria de los seres vivos. A pesar de que aparentemente no parecen tener un gran interés nutritivo, gracias a ellos podemos cubrir gran parte de nuestros requerimientos alimenticios mediante el aporte de proteínas, grasas e hidratos de carbono. Estos principios inmediatos se encuentran dentro del citoesqueleto vegetal, formado en su mayor parte por celulosa. Incorporados en esta molécula se halla una amplia serie de polisacáridos hidrosolubles, como gomas, mucílagos y pectinas, así como otros polisacáridos no hidrosolubles como algunas hemicelulosas, y la lignina, cuya función principal es dar la rigidez necesaria al citoesqueleto vegetal.

Al consumir un alimento de origen vegetal no sólo aprovechamos su contenido en principios inmediatos, sino que ingerimos su citoesqueleto, es decir, donde se encuentra la fibra vegetal ó dietética.

Estreñimiento y fibra.

El estreñimiento se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas e infrecuentes. Se considera que el estreñimiento es un trastorno neuromuscular plurifactorial. Si bien

Existen múltiples causas patológicas que pueden producir estreñimiento (tumores intestinales, enfermedades metabólicas, etc.), nos interesa destacar la más común de todas ellas: el déficit de fibra en la dieta.

El tratamiento del estreñimiento crónico habitual, siempre que se hayan descartado otras patologías causantes debe basarse en consejos dietéticos, ejercicio físico, tranquilizando a la persona afectada y explicándole que el estreñimiento no es una enfermedad y no es patológico el defecar 2 ó 3 veces por semana.

La ingesta de fibra total debe ser de 20-40 gr. Diarios, de manera que el residuo fecal supere como mínimo los 150 gr. al día. Para conseguir éstas cantidades diarias de fibra, hay que realizar una serie de cambios en la elección de los alimentos y en la preparación de las comidas buscando sustituir los alimentos pobres en fibra por otros ricos en ella.

ALIMENTOS RICOS EN FIBRA.

Alimentos: Contenido (g/100 g alimento).

❖ Frutas:

Manzana sin pelar-----	2,0
Manzana pelada-----	1,5
Plátano-----	1,7
Pera fresca sin pelar-----	2,8
Fresa fresca-----	1,8
Mandarina-----	1,8
Naranja-----	1,7

❖ Vegetales

Brócoli fresco cocido-----	3,5
Brécol crudo-----	3,3
Zanahoria pelada cruda-----	2,5
Judías verdes-----	2,1
Espárragos frescos, cocidos-----	1,9
Coliflor cruda-----	2,3
Coliflor fresca cocida-----	2,1
Calabaza -----	2,9
Apio crudo-----	1,8
Pimiento verde crudo-----	1,7
Patata asada con piel-----	2,5
Nabo verde-----	2,5

❖ Cereales refinados:

Galletas -----	2,1
Pan francés-----	2,7
Pan de trigo blanco-----	2,6
Cereales corn flakes-----	4,3
Cereales special k (kellog's) -----	2,7
Pan de maíz-----	3,0
Macarrones cocidos-----	2,0

❖ Cereales:

Cereales Bran flakes-----	19,5
Cereales All Bran-----	30, 1
Cereales de salvado de avena crudo-----	17,0
Germen de trigo-----	14,0

❖ Legumbres:

Habas verdes-----	4,2
Chícharos-----	5,2
Garbanzo crudo-----	15,0
Garbanzo cocido-----	6,0
Alubia cocida-----	3,2
Lenteja cruda-----	11,7
Lenteja cocida-----	3,7
Lenteja guisada-----	2,4

ANEXO 4

EL CUIDADO DE SUS PIES

Higiene de los pies:

- Usar agua tibia (36° - 37° c).
- El agua demasiado caliente puede quemar la piel y crear una herida que tardaría en cicatrizar.
- Efectuar la limpieza con una toalla pequeña y un jabón no irritante.
- Eliminar cepillos, guantes con cerdas, todo producto irritante o agresivo. Pueden entumir la piel.
- Lavar todo el pie, no olvidar el espacio entre los dedos.
- Los baños de pies prolongados reblandecen la piel sana, facilitan el maltrato entre los dedos de los pies, y sobre las zonas con pliegues.
- Enjuagar todo el pie (sobre la ducha ó en una tina pequeña), controlando bien la temperatura del agua.
- Secar bien el pie y particularmente entre los dedos (con una toalla).
- El mantener los pies húmedos es una fuente de maltrato y de infección.

¿Cómo examinar sus pies?

- Estar cómodamente instalado, sentado.
- Contar con buena iluminación (ventana, lámpara,).
- Si no es suficientemente flexible, pídale a alguien que le revise los pies.
- Utilice un espejo que pueda poner en el piso (es más cómodo y verá toda la planta del pie)

¿Qué es lo que puede descubrir?

- Heridas entre los dedos, que pueden deberse a hongos o maltrato.
- Callosidades: estos excesos de hueso (con frecuencia debajo del pie), comprimen la piel, la fragilizan y facilitan la pululación de microbios.
- Callos situados sobre los dedos de los pies: los cuáles son favorecidos por el roce con los zapatos, ó entre los dedos.
- Grietas: estas rajaduras en la curvatura (con frecuencia a nivel de los talones) son particularmente favorables para los microbios.

En todos estos casos nunca utilice:

- Instrumentos que puedan lastimarlo: hojas de navajas, navajas ni rastrillos.
- Pomadas corrosivas que son bastante agresivas (líquidos quitacallos).

Ponga atención a sus uñas

- Corte sus uñas con tijera de punta redonda.
- Corte los bordes en forma cuadrada, pero redondéelos, con una lima de cartón.
- Nunca utilice: tijeras con punta, pinzas, navajas de rasurar, navajas o limas metálicas, éstos objetos pueden lastimarlo.
- Si no ve bien, pida ayuda.

¿Cómo elegir el calzado?

- Pruébeselos al final del día (cuando el pie está más edematizado), con calcetines que le queden bien.
- Un buen zapato debe ser flexible y ligero, con suela antiderrapante y no muy gruesa.
- El tacón no debe tener una altura mayor a la de 3 cm. ni ser muy delgado.