



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA ADULTA CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
MOVIMIENTO Y POSTURA, CON BASE EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

Martha Bahena Cruz

Nº DE CUENTA: 410133587

DIRECTORA DE TRABAJO:

M.E. María Aurora García Piña



MÉXICO, D. F.

FEBRERO, 2014



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Porque ha sido y será mi guía en todo momento, por darme salud y fuerza para ver convertido este sueño en realidad y por no dejarme vencer en momentos de adversidad.

A MIS PADRES:

Por su amor y apoyo incondicional, por ser para mí el mayor ejemplo de lucha diaria, a ustedes quienes están presentes siempre en mi mente y corazón, les dedico este logro y mi eterno agradecimiento.

A MI HIJO:

Quien es el motor que me impulsa para continuar superándome día con día. Por su compañía y fortaleza para ayudarme a superar los momentos más difíciles de la vida, porque su presencia es, y será siempre el motivo que me impulsa para alcanzar mis metas.

A MIS AMIGOS:

Como una muestra de cariño y agradecimiento por el apoyo y atención que me brindaron en mi vida personal y en mi carrera, por escucharme y ayudarme a ver la vida de manera más sencilla y positiva.

ÍNDICE

Página

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	JUSTIFICACIÓN	6
III.	OBJETIVOS	8
	3.1 Objetivo general.....	8
	3.2 Objetivos específicos	8
IV.	METODOLOGÍA.....	9
V.	MARCO TEÓRICO.....	12
	5.1 Antecedentes históricos de la enfermería	12
	5.2 Definición de Enfermería.....	14
	5.3 Teorías y los Modelos de Enfermería.....	15
	5.4 Definición y etapas del Proceso Enfermero.....	16
	5.5 Concepto y definición de Virginia Henderson.....	18
	5.6 Etapa del adulto intermedio.....	21
VI.	DESARROLLO DEL PROCESO	29
	6.1 Caso clínico	29
	6.2 Valoración de Necesidades (NANDA).....	34
	6.3 Conclusión Diagnóstica de Enfermería	45
	6.4 Plan de Cuidados (NIC-NOC)	49
VII.	CONCLUSIONES.....	84
VIII.	SUGERENCIAS	86
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
X.	ANEXOS	89
	Anexo 1. Instrumento metodológico	90
	Anexo 2. Diabetes Mellitus.....	108

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es un conjunto de acciones intencionadas que con apoyo de modelos y teorías nos permite brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, el propósito es que podamos valorar, formar diagnósticos enfermeros, planear estrategias y crear un plan de cuidados individualizados, enfocado en la persona como un todo y no solo en su enfermedad.

El presente proceso hace referencia a una persona adulta de 46 años de edad con alteración en la necesidad de movimiento y postura causada por la amputación supracondílea de miembro pélvico derecho, como consecuencia de complicaciones del pie diabético, después de 20 años de evolución de la Diabetes Mellitus Tipo II.

Este proyecto se organiza en un primer apartado la metodología, en la cual se describe la manera en la que ha sido realizado el presente trabajo, es decir, se indican los tiempos, materiales y recursos utilizados, siguiendo las etapas correspondientes del proceso enfermero.

Se aborda posteriormente el marco teórico el cual contiene los antecedentes históricos de enfermería y la manera como ha ido evolucionando nuestra profesión a través del tiempo en cuanto al cuidado de la salud, desde la etapa doméstica hasta llegar a la etapa profesional; también se da a conocer la definición de enfermería, sus modelos y teorías, etapas del proceso enfermero, así como la etapa del adulto, etapa por la cual atraviesa nuestra persona del proyecto. La finalidad es abordar de manera rápida los cambios que ha tenido nuestra profesión a través del tiempo, así como motivar el continuo crecimiento.

Dentro del desarrollo de este proyecto se encuentra el caso clínico de la persona, la valoración de sus catorce necesidades básicas de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería mediante la clasificación de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), se incluye también, la conclusión diagnóstica de enfermería de las necesidades con dependencia y su fuente de dificultad.

Así mismo se propone el plan de cuidados de cada necesidad mediante la clasificación de intervenciones y resultados NIC y NOC.

Se realizan finalmente las conclusiones del trabajo, el resultado al que se llegó con las intervenciones de enfermería aplicadas a la persona, así como las fuentes bibliográficas que sirvieron de base para realizar el proyecto.

Al final del presente trabajo se anexan los instrumentos de valoración aplicados a la persona, se aborda de manera general datos de la Diabetes Mellitus, diagnóstico y tratamiento, principales complicaciones, así como la prevención de la enfermedad.

II. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus es un problema de salud a nivel mundial, la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2010), estima que 366 millones de personas viven con Diabetes, lo cual representa el 8.3 % del total de la población. En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), demostró la prevalencia de 8 millones de personas con Diabetes Mellitus, lo que representa el 7.1 % del total de la población.

En México y en el Estado de Morelos, la Diabetes Mellitus es la segunda causa de mortalidad en la población en general; así mismo los Servicios de Salud de Morelos atienden a más de catorce mil personas en sus unidades por año. (INEGI, 2010).

Esta patología es una de las principales causas de demanda de atención médica, incapacidad y mortalidad; tiene repercusiones económicas, sociales y un alto costo para cualquier sistema de salud. Es una alteración sistémica progresiva cuyo control requiere de hábitos específicos permanentes en cuanto a actividad física, alimentación y control de peso, de lo contrario puede ocasionar daño corporal y deterioro orgánico permanente, manifestado por complicaciones orgánicas tales como infartos, ceguera, amputación de extremidades, insuficiencia renal e incluso la muerte, (Lerman, I. 2011).

Se estima que las personas con diabetes de más de 20 años de evolución, el 50% padecerán neuropatías en alguna de sus formas, el 80% de las úlceras del pie diabético se deben a la polineuropatía periférica que afecta a los nervios sensitivos, motores y del sistema nervioso autónomo, (Lerman, I. 2011).

Siguiendo con el autor, refiere que la aparición de la neuropatía suele ser progresiva, comenzando con la alteración de la sensibilidad a nivel periférico, de forma silenciosa y asintomática, lo que implica que el paciente no se dé cuenta de su padecimiento. La neuropatía se manifiesta por daño a los nervios del cuerpo que ocurren debido a niveles de glucosa elevados, además ocasiona disminución del flujo sanguíneo y si los niveles de glucosa no se controlan puede ocasionar lesiones irreversibles.

La diabetes se encuentra asociada principalmente a cambios en el estilo de vida como la dieta, la disminución o nula actividad física y el sedentarismo, así como también al envejecimiento de la población, por lo tanto, los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante en la atención de las personas con este tipo de padecimiento.

Por lo anterior y aunado al aumento en la incidencia y prevalencia de casos en el Estado de Morelos, se decidió profundizar en esta alteración con el fin de entender y atender a las necesidades de las personas con este padecimiento ya que requieren de intervenciones y cuidados específicos de enfermería, por lo cual se decide trabajar con el Modelo de Virginia Henderson debido a que proporciona una visión clara de los cuidados que como profesionistas de enfermería debemos brindar, los cuales consisten en ayudar a las personas a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Finalmente, el presente trabajo se realiza con el fin de sustentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Diseñar y aplicar el Proceso Enfermero a una persona adulta con alteración en la necesidad de movimiento y postura con base en el Modelo de Virginia Henderson, en el Municipio de Jiutepec, Morelos, en el año 2013, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona.

3.2. Objetivos específicos

- Valorar las necesidades de una persona adulta con base en las catorce necesidades del Modelo de Virginia Henderson.
- Estructurar los diagnósticos de enfermería mediante la clasificación de los diagnósticos enfermeros NANDA.
- Diseñar y ejecutar un plan de cuidado organizado a través de la clasificación e intervenciones de enfermería NIC- NOC.
- Evaluar el impacto del plan de intervenciones y del proceso.

IV. METODOLOGÍA

Para la realización del proceso enfermero se seleccionó a una persona de la consulta externa, la cual acudió para retiro de puntos de herida quirúrgica de muñón por amputación supracondílea de miembro pélvico derecho por complicación de pie diabético después de 20 años de evolución de la Diabetes Mellitus tipo II y curación de úlcera en región plantar de pie izquierdo.

Se solicitó autorización a la persona para la participación y colaboración en el presente proyecto, accediendo favorablemente a la petición.

Durante este primer contacto en la unidad de salud de primer nivel de atención, se inicia con la etapa de valoración y se decide trabajar con el Modelo de Virginia Henderson.

Posteriormente se realiza una búsqueda de información referente al Modelo de Virginia Henderson con el fin de comprender el método de aplicación del Modelo y las catorce necesidades.

Para la realización del marco teórico se identificaron fuentes de información confiables (El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson de García, M. J; Metodología de los cuidados de enfermería de Almansa; Planes de cuidados y documentación de enfermería de Carpenito; Planes de cuidados de Coruña; Diagnósticos enfermeros NANDA; Clasificación de intervenciones y resultados NIC-NOC; entre otros) con el propósito de conocer antecedentes históricos de nuestra profesión, las teorías y modelos de enfermería, así como las etapas del proceso enfermero y la etapa del adulto, etapa en la que se encuentra la persona del presente trabajo y con el fin de comprender diferentes cuestiones referentes a su edad.

Posteriormente se programó un calendario de visitas a la unidad para dar continuidad a las etapas del proceso enfermero como se describe a continuación:

Durante etapa **de valoración**, se reunió toda la información necesaria de la persona, en la primera visita a la unidad de salud de primer nivel de atención y

durante visitas domiciliarias, en promedio de cinco visitas de una hora; para ello, se utilizaron los instrumentos metodológicos de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, con la recolección de ésta información se determinó el estado de salud de la persona. Otras herramientas utilizadas durante ésta etapa fueron una báscula con estadímetro, reloj, calculadora, termómetro, baumanómetro, estetoscopio, glucómetro, material de curación como guantes, cubre bocas, jabón quirúrgico, jabón neutro, iodine, agua oxigenada, agua estéril, pinzas, hoja de bisturí, miel de abeja, gasas, vendas, retelast y tela adhesiva. Finalmente, de esta manera concluyo con esta etapa, conociendo la información y las necesidades de la persona.

Para la redacción del **diagnóstico de enfermería**, se analizó la información para ver el grado de dependencia y las fuentes de dificultad de la persona, las necesidades que presentaba, así como sus capacidades para hacer frente a situaciones cotidianas y se realizó la estructuración de los diagnósticos con base en la taxonomía de la NANDA (Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011) en cada una de las necesidades con dependencia de la persona.

En la etapa de **planificación**, se priorizaron los diagnósticos de enfermería con base en la necesidad que requería de cuidados inmediatos, se desarrolló un plan de acción y posteriormente se determinaron los objetivos a alcanzar, realizando el registro en el plan de cuidados de enfermería utilizando para ello la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

De esta manera, se realizó la **ejecución** de lo planeado por medio de las actividades prescritas en el plan de cuidados de enfermería tomando en cuenta a la persona, sus familiares, equipo de salud y su entorno.

En la última etapa de **evaluación** se valoraron los resultados de las intervenciones con base en los objetivos planteados y en el grado de independencia y satisfacción de las necesidades básicas de la persona, los cuales se reportaron a través de la puntuación Diana.

Finalmente el presente trabajo se transcribe para obtener un escrito y darlo a conocer durante el mes de febrero del año 2014, con el fin de sustentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería.

V. MARCO TEÓRICO

Abordaremos de manera general, dentro de este apartado, los antecedentes históricos de enfermería, los modelos y teorías, los conceptos del metaparadigma, así como las etapas del proceso enfermero, la definición de enfermería según Virginia Henderson y finalmente, se revisará la etapa del adulto en cuanto a características físicas, sociales y psicológicas, ya que es importante conocer la etapa en la que se encuentra nuestra persona del presente proyecto.

5.1. Antecedentes Históricos de Enfermería

La historia aporta una extensa información sobre las prácticas de cuidado de la salud que se han venido practicando a lo largo de la vida. La evolución de la enfermería se ha caracterizado por tener un camino largo y duro hasta el reconocimiento como una profesión. García (2001), divide las etapas históricas del Cuidado de enfermería en cuatro: La Etapa Doméstica, La Vocacional, La Técnica y La Profesional, las cuales se describen a continuación:

La Etapa Doméstica fue denominada de esta manera por ser las mujeres quienes se encargaban de todos los cuidados que favorecían el bienestar de su familia y dar mantenimiento de vida frente a las condiciones adversas del medio, los aspectos del cuidado doméstico estaban encaminados en ese sentido con la alimentación, la educación de los hijos, la higiene, el abrigo, el cariño y por supuesto, el cuidado de los enfermos. Con el tiempo, éstos cuidados se extendieron no sólo a su propio hogar y familia, sino al cuidado de los ancianos y otras personas enfermas dentro de su comunidad.

La Etapa Vocacional se inicia con la creencia de que la salud tiene un valor religioso y está asociado con el nacimiento de la religión cristiana. Este nuevo concepto atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios y como consecuencia de ésta filosofía, las personas dedicadas al cuidado debían mostrar actitudes de obediencia, sumisión y consagración, permanecer en el

seno de la iglesia y ver al cuidado como vehículo propio de salvación y comunicación con Dios.

Las personas fieles se encargaban entonces del cuidado de los enfermos por amor y caridad a los más necesitados, hasta que el significado espiritual se unió a los cuidados físicos, convirtiéndose el cuidado de los enfermos como una vocación. Como consecuencia a ello, las normas cristianas rechazaban todo contacto corporal, así que, la incipiente enfermera centró su atención en los principios y consejos morales, así como en la oración.

Las enfermeras no contaban con los conocimientos teóricos requeridos y los procedimientos que aplicaban para el cuidado y mantenimiento de la salud eran muy simples, ya que para entonces, lo realmente importante era mostrar y mantener una buena actitud moral ante Dios y los demás, por lo tanto, la práctica enfermera no exigía más que formación religiosa.

El aspecto del cristianismo tuvo una gran influencia en la práctica de enfermería, los valores de respeto, amor y solidaridad hacen parte del trabajo de la enfermera, sin embargo, la sumisión y estricta obediencia a otros como a los sacerdotes y médicos quienes ordenaban los cuidados, hacen que se obstaculice el progreso de la profesión.

La Etapa Técnica. Durante ésta etapa la enfermera centra su atención en el enfermo ya que la salud es entendida como una lucha en contra de la enfermedad, por ser el paradigma de ésta etapa “La salud como ausencia de enfermedad”.

Durante el siglo XIX el desarrollo científico y tecnológico que inició desde el Renacimiento, condujo a la clase médica a un mayor conocimiento centrado principalmente en las causas de la enfermedad y su tratamiento. La tecnología incrementó y con ella fueron apareciendo instrumentos y aparatos cada vez más complejos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos dentro de las instituciones hospitalarias, por lo tanto, los hospitales se convirtieron en el único dispositivo para la asistencia del cuidado.

Como consecuencia de la nueva tecnología se hizo necesario contar con personal capacitado para el manejo de los instrumentos, este personal realizaba la toma de signos vitales, administración de fármacos y curaciones entre otras actividades, las cuales eran delegadas por los médicos, por esta razón fue que a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se les denominó personal paramédico o auxiliar.

Con la aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos, permitieron el inicio de la enfermera en vías de la profesionalización.

La Etapa Profesional cambia la orientación de los cuidados enfermeros, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y la utilización de una metodología propia del trabajo de la disciplina. Con la aparición de nuevas órdenes hospitalarias y militares, además de la creación de nuevos hospitales, se da un empuje al desarrollo de la enfermería.

Durante ésta etapa surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, es entonces cuando comienza a emplearse métodos de trabajo científico sustituyendo a los empíricos.

5.2 Definición de Enfermería

Virginia Henderson en 1955 definió a la enfermería como “La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (Wesley, R. L. 1997).

Por lo tanto, la enfermería es un arte y una ciencia del cuidado de la salud del ser humano que incluye diversas habilidades, actividades y conceptos. Es un encuentro con el paciente, su familia y su entorno, durante el cual la enfermera escucha, observa, atiende, enseña, ayuda y contribuye en la conservación del buen estado de la salud, proporciona cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad de su autocuidado, o de lo contrario, se ayuda al paciente y a la familia a enfrentar una muerte digna.

5.3. Modelos y Teorías de Enfermería

En el pasado la profesión de enfermería adoptó teorías de otras disciplinas (medicina, psicología y la sociología) como base para la práctica. Para que enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe contar con un cuerpo propio de conocimientos, éstos pueden ser expresados como modelos y teorías conceptuales.

Los modelos y teorías proporcionan información sobre las definiciones de enfermería y de su práctica, los principios que forman la base para la práctica, las metas y las funciones de la enfermería. Pueden ser clasificados de acuerdo con la descripción, explicación y conexión entre los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: la persona, el entorno, la salud y la enfermería.

La persona, se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, incluyendo los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, pudiendo contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

El entorno, se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

La salud, se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

La enfermería se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona los cuidados enfermeros.

Los modelos proporcionan un marco organizado para la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación enfermera, además de facilitar la comunicación entre las enfermeras y estimular la acción unificada en la práctica, la educación, administración y la investigación. Sirven como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos son representaciones de la realidad de la práctica de enfermería, (Wesley, 1997).

Una teoría consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos. La utilidad de la teoría para enfermería radica en que aumenta los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo. Deben ser lógicas, simples y generalizables, proporcionar bases de hipótesis verificables, describir un fenómeno en particular y explicar la relación entre los fenómenos y ser utilizadas por enfermería para orientar y mejorar la práctica, (Wesley, 1997).

5.4. Definición y Etapas del Proceso Enfermero (PE)

El proceso enfermero o de enfermería “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales” (Alfaro, 1993).

García 1997, describe las etapas del proceso de enfermería en cinco, la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación, las cuales sirven de guía al profesional durante la aplicación de todo el proceso y se describen a continuación:

La Etapa de Valoración. Es la primera fase del proceso y se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente directa, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que le brinde atención. Se realiza por medio de la entrevista, la

interacción, observación, y la valoración física mediante las técnicas básicas de exploración, la inspección, palpación, percusión y la auscultación.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial en la que debemos buscar información sobre todos los problemas de salud y los factores contribuyentes. Las actividades a realizar son la recolección de datos, la validación, la comunicación y el registro.

La Etapa de Diagnóstico. Es la segunda fase y en ella se examina el grado de dependencia e independencia de la persona y su familia (necesidades y capacidades). En cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud real o potenciales, se utiliza las categorías diagnósticas de la NANDA.

El diagnóstico de enfermería se elabora en cuatro pasos: el análisis de datos; la identificación de los problemas de salud y elaboración de los diagnósticos; la identificación de los problemas interdependientes y por último, la identificación de las capacidades.

La Etapa de Planificación. Es la tercera fase en la cual una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados. Se desarrolla un plan de acción con la persona y su familia el cual incluirá determinar prioridades, objetivos y actividades de enfermería. El fin de incluir a la persona y familia es que se involucren para el logro de los objetivos que ambos establezcan.

La Etapa de Ejecución. Es la cuarta fase y en ella realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones de la persona y/o de su familia y se identifican nuevos problemas o avances.

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

donde se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario realizar algún cambio. La evaluación se hace con base en los objetivos propuestos.

En conclusión se puede decir que el proceso de enfermería está constituido por una serie de etapas engranadas e interrelacionadas, en donde cada una se relaciona permanentemente de manera cíclica y dinámica con el fin de llegar a una conclusión en nuestra práctica de cuidados de enfermería.

5.5. Concepto y Definiciones de Virginia Henderson

La teoría de Virginia Henderson es conocida como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas.

Virginia Henderson en 1955 definió a la enfermería como “la función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”, (García, 1997).

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello, (Leal; Carrasco, 2010).

Los elementos mayores del modelo de Virginia Henderson han sido identificados de la siguiente manera: la salud, persona, fuerza, voluntad, conocimiento y entorno.

Objetivo: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus 14 Necesidades.

Cliente/paciente: Ser humano que forma un todo complejo, el cual presenta 14 necesidades fundamentales en orden biopsicosocial:

Necesidades:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir según valores y creencias
12. Trabajar de manera que exista un sentido de logro
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar sus cuidados.

Los elementos del metaparadigma de Virginia Henderson, citados en García (1997), comprenden:

La salud, considerándola como un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades, por lo tanto, la enfermedad es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería).

La Persona la define como un individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. La persona y su familia conforman una unidad.

La fuerza, refiere que la dependencia proviene cuando el individuo carece de fuerza, no solo la fuerza física sino también la moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

La voluntad, afirma que se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado se encuentra relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

El conocimiento, refiere que hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general, lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

El entorno, manifiesta que es el medio ambiente en que el individuo desarrolla todas sus actividades: el hogar, el trabajo, la escuela u el hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto, las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson manifiesta que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. “La

enfermera debe hacer un esfuerzo por entender a la persona” y afirma con énfasis que “La enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

Es por ello que como profesionistas de enfermería, el cuidado y la seguridad de la persona es un reto para nuestra profesión ya que se necesita contar con formación y capacitación para brindar cuidados eficientes y oportunos que garanticen una mejor calidad de vida a las personas que se encuentran a nuestro cuidado.

5.6. Etapa del Adulto Intermedia

La edad adulta intermedia abarca aproximadamente de los 40 a los 60 o 65 años de edad. La adultez o madurez es un periodo intermedio, un puente entre dos generaciones. Algunas señales pueden ser físicas o biológicas y psicológicas, la mayor parte de las cuales se refieren a aspectos de continuidad y cambio. Nos damos cuenta de haber tomado algunas decisiones básicas relativas a nuestra carrera o a nuestra familia, decisiones que ahora están firmemente establecidas y que es necesario cumplir (Craig, 2009).

La etapa del adulto o edad adulta intermedia tiene muchos determinantes los cuales veremos a continuación:

Desarrollo Físico. Desde la edad adulta temprana hasta los años intermedios, en general, suceden cambios biológicos tan gradualmente que con dificultad se perciben hasta que un día, un hombre de cuarentaicinco años de edad, se da cuenta que no puede leer sin lentes, o una mujer de cincuentaicinco años admite que ya no es tan rápida como solía ser antes. La mayoría de la gente acepta los cambios en sus capacidades reproductoras y sexuales - la menopausia y el período crítico masculino - y en la disminución de la agilidad al caminar, pero suele haber alguna angustia por la disminución del atractivo físico.

Cambios físicos. Funcionamiento sensorial y psicomotor. La vista, el oído, el gusto y el olfato. A medida que los cristalinos del ojo se vuelven menos

elásticos con la edad, su foco no se ajusta tan fácilmente; en consecuencia, mucha gente desarrolla presbicia - hipermetropía asociada a la vejez- y necesita anteojos para leer. También se experimenta una leve pérdida en la nitidez de la visión y necesitan cerca de un tercio más de luminosidad para compensar la pérdida de luz que llega a la retina. La miopía, sin embargo, tiende a nivelarse en estos años. Hay también una pérdida gradual de la audición, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas, esta condición es conocida como presbiacusia.

Después de los cincuentaicinco años de edad, la pérdida de la audición es mayor para los hombres que para las mujeres, la mayor parte de la pérdida de la audición durante estos años no es percibida, puesto que está limitada a los niveles de sonido que son poco importantes para el comportamiento cotidiano.

La sensibilidad del sentido del gusto empieza a disminuir alrededor de los cincuenta años, particularmente la habilidad de discriminar “los matices más finos del gusto”, los alimentos que pueden ser muy sabrosos a un joven pueden parecer insípidos a una persona de edad intermedia, a menos que se le agreguen condimentos. La sensibilidad al olfato parece sostenerse bien, es uno de los últimos sentidos que se disminuye.

Fuerza, coordinación y Tiempo de Reacción. A pesar de que hay una disminución gradual en fuerza y coordinación durante los años intermedios, la pérdida es tan pequeña que la mayoría de la gente escasamente la nota. La gente que lleva una vida sedentaria pierde la tonicidad muscular y se vuelve aún menos inclinada a esforzarse físicamente. La gente que hace el esfuerzo de conservarse activa durante la edad adulta obtiene los beneficios de más fibra y elasticidad después de los 60 años.

El tiempo de reacción simple disminuye cerca del 20% en promedio, entre los veinte y los sesenta años y decae después de estos últimos. Las habilidades motrices complejas se incrementan durante la infancia y la juventud pero disminuyen gradualmente después de que la gente ha alcanzado su completo desarrollo.

Cambios en la Capacidad Reproductora y Sexual. Uno de los cambios fundamentales de la edad intermedia - la disminución de las capacidades reproductoras - afecta a los hombres y mujeres de manera diferente. La capacidad de las mujeres para dar a luz hijos se termina durante este período; los hombres, a pesar de que pueden continuar procreando hijos, empiezan a experimentar una disminución de la fertilidad y en algunos casos, de la potencia sexual.

La Menopausia. Ocurre alrededor de los cincuenta años en promedio, sin embargo, puede suceder de dos a cinco años antes o después, durante los cuales el cuerpo de la mujer experimenta diversos cambios fisiológicos. La mujer deja biológicamente de ovular y de menstruar y ya no puede concebir hijos.

La etapa inmediata anterior a la menopausia se conoce técnicamente como el período climatérico, en el cual, el cuerpo de la mujer reduce su producción de estrógeno. En consecuencia, experimentan síntomas físicos que pueden incluir bochornos, adelgazamiento del revestimiento vaginal (lo cual puede hacer dolorosa la relación sexual) o disfunción urinaria. En una de cada cuatro mujeres posmenopáusicas, la disminución del estrógeno lleva a la osteoporosis, estado en el cual los huesos se vuelven más delgados, susceptibles a fracturas o a la artritis. Para la mayoría de las mujeres, la menopausia no es una eventualidad de sus vidas, más bien es una época psicológica notoria. Una de las posibles causas es que anteriormente se culpaba a la menopausia de una serie de problemas, especialmente la depresión, aunque estudios recientes muestran que no hay razón para atribuirle enfermedades psiquiátricas a este evento normal. Es más probable que los problemas psicológicos de la mitad de la vida sean causados por actitudes sociales negativas hacia la tercera edad.

En las culturas en que se valora a las mujeres de edad, menos problemas se asocian con la menopausia. La actitud de una sociedad hacia la tercera edad parece influir mucho más en el bienestar de una mujer menopáusica que el nivel de hormonas de su cuerpo.

El Climaterio Masculino. A pesar de que los padres pueden continuar engendrando hijos hasta muy avanzada edad, algunos hombres de edad intermedia experimentan una disminución de la fertilidad, la frecuencia de las eyaculaciones y un aumento de la impotencia.

La etapa inmediata previa a la andropausia se caracteriza por cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos. Generalmente comienza alrededor de diez años después del climaterio femenino. Los hombres de edad intermedia experimentan síntomas tales como depresión, fatiga, insuficiencia sexual y achaques físicos vagamente definidos. Puesto que los investigadores no han encontrado relaciones entre los niveles hormonales y los cambios de temperamento, es probable que las quejas de la mayoría de los hombres estén sujetas a la presión ambiental como las de las mujeres. Algunos de los problemas pueden estar relacionados con eventos inquietantes de la vida, tales como la enfermedad del hombre o su esposa, problemas de negocios o de trabajo, la partida de la casa de los hijos o la muerte de los padres.

Apariencia y Adaptación Sexual. En esta época suele evidenciarse un doble enfoque relacionado con la entrada al envejecimiento. Los cabellos encanecidos, la piel engrosada y las “patas de gallo” que son consideradas como prueba de experiencia, madurez y maestría en los hombres, mientras que en las mujeres son vistos como señales indicadoras de que “está entrada en años”. Una vez que estas señales de juventud se han ido, también lo ha hecho (a los ojos de muchos hombres) el valor de una mujer como compañera sexual y romántica, y aún como presunta empleada o socia de negocios.

Pérdida de la capacidad de Reserva Física. Muchos de los problemas de salud que se originan en la edad intermedia son debidos a la pérdida de la capacidad de reserva física, es decir, la habilidad de los órganos y sistemas del cuerpo para aplicar un esfuerzo extra en épocas de estrés.

Los cambios físicos más comunes incluyen la habilidad disminuida para bombear sangre, el funcionamiento disminuido de los riñones, la secreción disminuida de enzimas en el tracto gastrointestinal, que llevan a la indigestión y

al estreñimiento, el debilitamiento del diafragma y el ensanchamiento de la glándula prostática, algunos de estos cambios son el resultado directo del envejecimiento de los órganos, sin embargo, los factores de comportamiento y el estilo de vida pueden afectar su regulación y su extensión, la gente envejece a diferentes ritmos, y la decadencia de los sistemas del cuerpo es gradual.

Problemas de salud. Las enfermedades más comunes de la edad media son la diabetes, los desórdenes nerviosos y trastornos mentales, la artritis, el reumatismo, los deterioros de la vista, el oído, y el mal funcionamiento o las enfermedades de los sistemas circulatorio, digestivo y genitourinario, el asma y la bronquitis. Un importante problema de salud en la edad intermedia son la diabetes y la hipertensión, este último, que es peligroso porque a menudo predispone a la gente a los ataques del corazón.

Estas enfermedades, sin embargo, no necesariamente avanzan en la edad intermedia, mientras que tres quintas partes de personas de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años de edad tienen estas condiciones crónicas, dos quintas partes entre los quince y cuarenta y cuatro años ya las padecen.

Causas de Muerte. Actualmente, cuando la gente tiende a vivir más, la muerte en la edad intermedia parece prematura pero no tan inesperada como en la infancia o en la edad adulta temprana. Ahora es más probable que la muerte provenga de causas naturales que de accidentes o violencia.

Desarrollo Intelectual. No hay una evidencia de descenso en muchas clases de funcionamiento intelectual antes de los sesenta años de edad, sin embargo, hay inclusive, incremento en algunas áreas como el vocabulario, habilidades e información general o cultura. La gente de edad intermedia puede aprender lo que desee, a menos que piense que no puede. Además, la gente de edad intermedia muestra una marcada ventaja para solucionar los problemas de la vida cotidiana, la cual procede de su capacidad de sintetizar su conocimiento y su experiencia.

El proceso intelectual. Mientras la inteligencia fluida (habilidad de manejar nuevo material o situaciones) típicamente disminuye durante la edad adulta, la

inteligencia cristalizada (habilidad de solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) a menudo se incrementa durante la edad intermedia. Por ejemplo, las habilidades verbales ascienden, especialmente entre la gente que utiliza sus capacidades intelectuales regularmente, bien sea en el trabajo o a través de la lectura u otro ejercicio mental.

Características de los Pensadores Maduros. El pensamiento maduro contiene cierta cantidad de subjetividad y confianza en la intuición, antes que en la lógica pura - característica del pensamiento operacional formal -. Los pensadores maduros tienden a personalizar su razonamiento utilizando los frutos de su experiencia cuando se les dirige una llamada para encargarse de las situaciones ambiguas. De este modo, la experiencia contribuye a la habilidad superior de los adultos maduros para solucionar problemas prácticos.

Trabajo. Durante la edad adulta intermedia, es probable que el trabajador típico se ajuste a una de dos descripciones, es decir, él o ella están en la cumbre de una carrera escogida durante la edad adulta temprana, ganando más dinero, ejerciendo más influencia en la comunidad laboral y mereciendo más respeto que en cualquier otro período de la vida; o en el comienzo de una nueva vocación, posiblemente estimulada por la reevaluación de sí mismo, que tiene lugar durante la mitad de la vida.

Las Diferencias Sexuales en el Trabajo. Las posiciones más altas en los negocios, el gobierno y las profesiones están aún dominadas por los hombres, a pesar de que las mujeres han tenido un progreso significativo en éste y otros campos. En general, las mujeres ganan menos que los hombres y enfrentan barreras tanto en conseguir empleos como en los ascensos. A pesar de que la mitad de las mujeres de edad intermedia ahora si realizan trabajos remunerados, comparado con sólo cerca de 20% en los años 20, muchas de estas mujeres apenas han ingresado al destacamento de trabajadores por primera vez en sus vidas adultas o han reingresado a ella después de “haberse retirado” para concentrarse en criar a sus hijos.

Tales mujeres a menudo enfrentan no sólo la discriminación de edad y de sexo sino la real desventaja de competir con gente más joven y con mayor experiencia.

Tensiones de Trabajo. Cuando los trabajadores están insatisfechos con sus trabajos, se debe a menudo a uno de una serie de factores estresantes como la falta de ascensos o aumentos de sueldo, salarios bajos, trabajo monótono, no participación en la toma de decisiones, carga pesada u horas extras de trabajo, incapacidad o renuencia a manifestar frustración o ira, dificultad para manejar las responsabilidades de hogar y trabajo, insuficientes descansos u hostigamiento sexual. Estos factores están relacionados con una serie de enfermedades físicas y emocionales, a pesar de que los vínculos específicos son difíciles de establecer.

El estrés puede provocar agotamiento emocional y un sentimiento de que uno ya no puede realizar nada en el trabajo. La sensación de impotencia física o mental y la falta de control es usualmente una respuesta al estrés que se convierte en algo cotidiano. Los síntomas, que vienen gradualmente, pueden incluir fatiga, insomnio, dolores de cabeza, gripes persistentes, problemas estomacales, abuso de alcohol, tabaco o medicamentos y dificultades para congeniar con la gente, las personas agotadas puede dejar un trabajo repentinamente, alejarse de la familia y los amigos, y hundirse en la depresión.

Algunas medidas que parecen ayudar a los trabajadores agotados incluyen la reducción de horas de trabajo y la toma de descansos, incluyendo los fines de semana largos y las vacaciones; otras alternativas más comunes pueden ser la práctica de ejercicio, escuchar música o hacer meditación.

Desempleo. El factor estresante más grande de todos, relacionado con trabajo, es la repentina o inesperada pérdida de un trabajo. Los trabajadores que derivan su identidad de su trabajo, los hombres que definen la hombría como la manutención de una familia y la gente que define su valor desde el punto de vista del valor - en dinero - de su trabajo, pierden más que su salario cuando

son liquidados. Pierden un pedazo de sí mismos y con él su autoestima. (Gross, 1998)

Las mujeres están tan propensas como los hombres a sentirse económica, psicológica y físicamente afligidas por la pérdida de un trabajo. Debido a los estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental.

Levinson refiere que existe un fenómeno de “escisión de género” en el desarrollo adulto, donde los hombres tienen una visión bastante unificada de su futuro, que se enfoca en su carrera, mientras que los sueños de las mujeres están en mayor probabilidad de dividirse entre la carrera y el matrimonio. Aunque esto ocurrió tanto con mujeres académicas como con mujeres dedicadas a los negocios, las primeras fueron menos ambiciosas y estaban más dispuestas a dejar de la do sus carreras, mientras que las segundas deseaban conservar sus carreras, pero a un nivel reducido. Sólo las amas de casa tenían un sueño unificado, ser esposas y madres de tiempo completo.

Erickson dice, citado en Fernández N. (2006), que la edad adulta se caracteriza por ser un eslabón que une al ciclo vital de la persona con el de las generaciones, precisamente porque la generatividad que la caracteriza, asumiendo también los caracteres de la productividad, de la procreación y de la creatividad, expresa un poder auto generador para el desarrollo de la identidad, en relación a los significados y valores.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Caso clínico

Ficha de identificación

Nombre: María P. T.	Edad: 46 años	Talla: 1.56 cm
Fecha de nacimiento: 10/septiembre/1967	Sexo: Femenino	
Ocupación: Hogar	Escolaridad: Primaria terminada	Fecha de admisión: 30/08/13 Consulta externa
Hora: 10:40 am	Procedencia: Zihuatanejo, Guerrero	Fuente de información: Directa
Fiabilidad (1-4): 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Madre de tres hijos. María P. T es la hija mayor de cuatro hermanos más.	

Se trata de persona adulta de sexo femenino María P. T de 46 años de edad quien cursa con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus Tipo II, de 20 años de evolución y pie diabético de 2 años de evolución. Originaria del Estado de Guerrero, con estudios de primaria, divorciada, de religión cristiana, madre de tres hijos y de ocupación al hogar.

Actualmente en control en unidad de salud de primer nivel de atención, a la cual acude para retiro de puntos de muñón por herida quirúrgica debido a amputación supracondílea de miembro inferior derecho y a curación de herida en región plantar de pie izquierdo.

Refiere haber estado en control de Diabetes Mellitus durante 12 años con hipoglucemiantes orales: Glibenclamida 5 mg, 2 tabletas cada 8 hrs y Metformina 850 mg 2 tabletas cada 8 hrs. Comenta que desde hace ocho años le suspendieron el tratamiento oral para indicarle administración de insulina intermedia NPH, con dosis actual de 30 unidades en la mañana y 15 unidades en la noche por vía subcutánea.

Se realiza toma de signos vitales y somatometría encontrando: T/A: 130/80 mm/hg; T: 36.7°C; FR: 18X'; FC: 76X'; Peso: 44.9 Kg; Talla: 1.56 cm; IMC: 18.7 y Glucosa postprandial: 412mg/dl.

Refiere una dieta habitual con frijoles (4 a 5 veces por semana), guisado de res y/o pollo o queso (2 veces a la semana), dos a cuatro tortillas con las comidas. Fruta, verdura, leche, pastas y refresco ocasionalmente, agua natural aproximadamente dos litros, entre comidas acostumbra pan dulce o galletas marías.

Refiere dolor ocasional en región infra escapular derecha, lo cual le provoca dificultad para respirar profundamente, informa dificultad para defecar a causa de heces duras, secas y en forma de bola, con un depósito al día o cada tercer día. Refiere intolerancia al consumo de alimentos picantes, niega alergias, problemas para masticar y deglutir.

Refiere orinar de color amarillo, espumoso y con mal olor, sin presencia de dolor, manifestando que ha tomado menos cantidad de agua de lo habitual en los últimos tres días. Comenta que en situaciones de estrés o preocupación presenta heces líquidas, recuperándose en uno a dos días sin necesidad de tomar medicamentos.

Pasa todo el día sentada o acostada viendo televisión, ya que todavía no puede deambular por sí sola. Informa que no tiene fuerza suficiente en las extremidades, sin embargo aguanta su propio peso para moverse de la cama a la silla de ruedas, refiere miedo a deambular con muletas.

No tiene horario para dormir, comenta que no le da sueño a la misma hora porque toma siestas frecuentemente por las tardes. Refiere que acuden vecinos, miembros de su iglesia y su familia política a su casa para ayudarlo con el aseo y lavado de ropa.

Refiere baño 2 a 3 veces por semana, lavado de dientes una vez al día y en ocasiones ninguna, aseo de manos antes y después de comer lo realiza ocasionalmente y lavado de manos después de cada eliminación, siempre.

La familia de María está compuesta por 2 hijos casados y una hija divorciada. El hijo mayor vive en la misma casa de la mamá. La hija dos actualmente divorciada vive frente a la casa de la paciente con un hijo de cinco años de edad y el hijo menor vive en otro Municipio.

Refiere que ante situaciones de urgencia llama por teléfono a la abuelita de sus hijos (la suegra), quien acude a su casa ante el llamado. Su apoyo económico principal lo recibe de sus hermanas quienes se encuentran en Estados Unidos y de su suegra. Informa sentirse como un estorbo para sus hijos y comunica problemas personales como el depender de alguien para realizar muchas actividades cotidianas.

Paciente que vive en casa propia, cuenta con servicios básicos de agua entubada, energía eléctrica, fosa séptica y teléfono. La vivienda es de tabique, con dos niveles y piso con loseta. Patio al frente y trasero, con piso de tierra en desnivel, con hierba, cacharros y basura. El interior de la casa se encuentra en malas condiciones de higiene, desordenado y con algunas losetas y escalones despostillados.

A la exploración se encuentra paciente consciente y orientada en tiempo, persona y espacio. Con buena lucidez, lenguaje claro y directo, presenta buena atención, concentración y entendimiento a la entrevista.

Mucosas orales con discreta deshidratación y palidez, mala higiene bucal, encías inflamadas, halitosis, lengua sucia y blanquecina, caries profundas en tres molares, dientes separados y dentadura incompleta.

Se encuentra cabello delgado, quebradizo, sucio y desaliñado. Resequedad de cuero cabelludo con presencia de caspa y caída de cabello.

Presenta piel pálida, reseca, delgada y con cicatrices cafés en extremidades. Presencia de herida por cesárea con cicatrización queloide. Uñas de manos y pie con ligera palidez, llenado capilar de 2 segundos, amarillas, largas, gruesas y sucias. Manos y pie con presencia de resequedad y aspereza.

Paciente alerta, con pupilas isocóricas, adecuada función auditiva y agudeza visual disminuida. Gesticulación y sensibilidad facial conservada. Identifica buenos y malos olores, refiere en ocasiones no sentir buen sabor a los alimentos. Los receptores del tacto en manos y pies se encuentran disminuidos, en el resto de la piel presenta buena sensibilidad.

Marcha no valorable. Presenta mala posición al estar sentada, cabeza baja, cuello cilíndrico y hombros caídos. Presenta movimientos de cintura hacia arriba coordinados, buena flexión y rotación de cadera, cuello y extremidades. Se observa hipotrofia muscular generalizada, flexibilidad a la exploración y movimientos de articulaciones, presenta resistencia débil a la aplicación de fuerza y maniobras.

A la auscultación pulmonar y cardíaca se encuentra sin ruidos agregados, entrada y salida de aire sin compromiso; abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida a razón de uno en tres minutos. No se palpa vejiga urinaria ni tampoco se identifican masas en región vesical.

Se observa a persona en silla de ruedas con ausencia de extremidad derecha por amputación supracondílea con herida quirúrgica limpia bien afrontada en adecuado estado de cicatrización. En miembro inferior izquierdo se observa úlcera en región plantar de aproximadamente un centímetro de diámetro y profundidad con necrosis periférica, enrojecimiento, edema, secreción purulenta y calor a la palpación.

Presenta adecuados movimientos gruesos y finos que le permiten vestir y desvestirse. Buena capacidad para coordinar sus movimientos con las ideas. Presenta vestuario completo, aspecto general descuidado, desaliñada, generalmente se percibe olor a ropa sucia.

Aparentemente tranquila, presenta estado anímico triste y aburrido, manifiesta pensamientos negativos hacia su persona por no poder moverse libremente, no se muestra muy interesada en participar en actividades recreativas ya que comenta que le da vergüenza salir a la calle y que le es difícil realizar muchas actividades.

Dentro del plan de cuidados se decidió darle prioridad a la necesidad de movimiento y postura ya que actualmente la paciente presenta amputación supracondílea en extremidad derecha y en el otro miembro presenta úlcera en la región plantar, por lo tanto se encuentra en alto riesgo de ser amputada también ésta extremidad.

Debido a que el entorno social de la persona se encuentra desprovisto de apoyo por parte de su familia de pertenencia y prácticamente vive sola, se requiere de una atención y de cuidados individualizados inmediatos.

Finalmente, se brindó asistencia a la persona durante los meses de agosto a octubre del 2013, realizando las intervenciones prescritas en el plan de cuidados y enfatizando las actividades en la terapia de ejercicio para el fortalecimiento de las extremidades, la deambulaci3n con muletas y el equilibrio, el uso de la silla de ruedas, la autoestima, la alimentaci3n y la higiene.

6.2 Valoración de necesidades (NANDA)

Necesidad de Oxigenación

Paciente que a la interrogación refiere dolor ocasional de espalda alta, en región infra escapular derecho, lo cual le provoca dificultad para respirar adecuadamente, por lo que refiere en esos momentos, realizar respiraciones lentas y superficiales. Niega tos, ser o haber sido fumadora.

No hay presencia de tos. Paciente que se encuentra tranquila, consciente y orientada en las tres esferas (persona, tiempo y espacio).

A la auscultación pulmonar y cardíaca se encuentra entrada y salida de aire sin compromiso y sin presencia de ruidos agregados.

Se encuentra abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida a razón de 1 en 3 minutos, a la palpación manifiesta discreto dolor en epigastrio. Vejiga urinaria no palpable, ni masas en región vesical.

Se observa piel con discreta palidez, reseca y delgada. Uñas amarillas, largas y sucias, ligeramente pálidas y llenado capilar a 2 segundos. Presenta buen retorno venoso, no hay presencia de varices ni edema en extremidades.

Se encuentra cavidad oral pálida, con discreta deshidratación y mala higiene, halitosis, encías inflamadas, lengua blanquecina y sucia, no presenta lesiones en cavidad.

Necesidad de Nutrición e Hidratación

María refiere realizar de 2 a 3 comidas por día. Dieta habitual con frijoles (4 a 5 veces por semana); guisado con carne de res o pollo (2 veces por semana); huevo (2 veces por semana); tortillas (2 a 4 por comida); fruta, verdura, leche, pastas y refresco de manera ocasional; agua natural aproximadamente 2 litros. Entre comidas acostumbra pan dulce o galletas.

Refiere dolor ocasional en epigastrio y dificultad para defecar a causa de heces duras, secas y en forma de bola. Niega alergias, comenta que es intolerante al consumo de alimentos picantes y que le provocan malestar estomacal.

Niega problemas para masticar y deglutir en este momento, sin embargo refiere caries en molares que han dolido anteriormente impidiendo una masticación adecuada.

Refiere pasar todo el día sentada o acostada ya que no puede deambular por sí sola, nunca ha realizado ningún tipo de actividad física, únicamente caminaba tres a cuatro veces por semana de su casa a casa de su suegra aproximadamente medio kilómetro.

Informa no tener ingresos económicos propios ya que no puede trabajar, por lo tanto, come para lo que le alcance el dinero que le mandan sus hermanas o lo que le lleven sus vecinos o familiares políticos.

A la revisión se encuentra piel delgada, reseca, ligeramente arrugada y pálida, con manchas cafés por cicatrices de heridas en brazos y pierna (refiere piquetes de moscos). Manos y pie con resequeidad y aspereza.

Membranas mucosas con discreta palidez y deshidratación, no hay lesiones visibles, mala higiene dental y de cavidad oral en general, con inflamación de encías y halitosis. Dientes separados, con caries, ausencia de un molar y tres molares con caries profunda.

Presenta uñas amarillas, largas, sucias, con llenado capilar a 2 segundos y lechos ungueales pálidos. Cabello delgado, quebradizo, sucio y desaliñado. Resequeidad de cuero cabelludo con presencia de caspa y caída excesiva de cabello.

Necesidad de Eliminación

Paciente que refiere defecar una vez al día o una cada tercer día, heces secas, duras, en forma de bola y dolor a la evacuación. Refiere orina color amarillo, espumoso y con mal olor, comenta enfermarse de las vías urinarias

aproximadamente 1 vez cada 2 meses con presencia de fiebre y dolor ardoroso al orinar. Refiere menstruación regular con duración de 3 días por cada 30 de cada mes con presencia de cólicos abdominales.

Niega tomar medicamentos laxantes, sin embargo come ciruelas pasas (aproximadamente 8 ciruelas en un día) cuando se siente inflamada por no poder defecar, comenta sentir mucha mejoría con el consumo de ciruelas. Niega hemorragias, hemorroides y sangrado al defecar.

Comenta que las situaciones de estrés o preocupación le provocan heces líquidas de tres a cuatro depósitos por día recuperándose sin necesidad de tomar medicamentos.

A la revisión de orina en el cómodo se observa orina concentrada, olor fétido y espumoso, sin embargo, refiere que no hay presencia de dolor al orinar.

A la palpación abdominal se encuentra abdomen bando, depresible, peristalsis disminuida a razón de una en tres minutos, presenta discreto dolor en epigastrio refiriéndolo de tipo ardoroso. No se palpa vejiga urinaria ni tampoco se identifican masas en región vesical.

Necesidad de Termorregulación

María refiere adaptarse a los diferentes cambios de temperatura, sin embargo no le gusta el clima frío, prefiere el calor. Refiere sudoración normal, sin embargo, comenta que cuando le baja la glucosa presenta sudoración profusa, lo cual le da la sensación de tomar alimentos dulces para regularse y decide tomar refresco, comer dulces, galletas o los alimentos que tenga en el momento.

Se observa piel brillante y sudorosa en el rostro, en el resto del cuerpo la piel es delgada y reseca. El interior de la casa se encuentra fresco, con pintura deteriorada, loseta en malas condiciones, escalones despostillados, desorden y malas condiciones de higiene. En el exterior se observa piso de tierra en desnivel, con hierba, cacharros y basura.

Necesidad de Moverse y Mantener una buena Postura

Comenta no tener fuerza suficiente en las extremidades, sin embargo refiere que puede aguantar su propio peso para moverse de la cama a la silla de ruedas o a la sala, abrir el refrigerado, preparar algunos alimentos, comer por sí sola y bañarse, puede doblar extremidades y girar cintura, tronco, brazos y cuello.

Refiere miedo de deambular con muletas ya que no quiere apoyarse mucho en el pie izquierdo por la úlcera que presenta en la región plantar y por miedo a caerse.

Pasa el día entero dentro de su casa sentada o acostada viendo televisión, arregla sus prendas personales para no aburrirse y cocina cuando se siente con ánimos, en ocasiones corta tela para hacer ropita para sus nietos.

Refiere descansar todo el día en su casa ya que no puede salir de ella porque no hay rampas para desplazarse al patio.

Necesidad de Descanso y Sueño

Informa no tener un horario específico de descanso y sueño. En ocasiones se acuesta para dormir a las 8 pm pero no puede conciliar el sueño hasta la 1 o 3 am., dice que en ocasiones se ha quedado despierta toda la noche porque le da insomnio debido a que le desespera estar en silla de ruedas y el no poder moverse libremente, su incapacidad para trabajar y el no tener dinero para satisfacer sus necesidades.

Refiere sentirse frecuentemente somnolienta y cansada durante el día, por lo tanto, toma siestas por las tardes, aproximadamente una hora de 4 a 6 días por semana; por las noches duerme aproximadamente de 4 a 6 horas, menciona no tomar ningún medicamento o remedios que le ayuden a dormir, comenta que por las noches es cuando más se deprime y eso le provoca insomnio.

Al interrogatorio se encuentra a la persona aparentemente tranquila, buena lucidez, con lenguaje claro y directo. Presenta buena atención, adecuada

concentración y buen entendimiento. No presenta ojeras, ni bostezos, se muestra interesada y participativa, comenta que presenta dolor de cabeza al menos una vez por semana.

Los ruidos o gritos fuertes le molestan, se muestra desesperada y reacciona de manera agresiva cuando su nieto corre, grita y tira cosas en la sala.

Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

Refiere que su estado de ánimo influye para la selección de sus prendas de vestir y para el arreglo personal, ya que cuando se siente triste no le dan ganas de bañarse ni de cambiarse.

Comenta que antes de que le amputaran su pierna, le gustaba ir a la iglesia, arreglarse, y maquillarse, ahora no puede ir ni vestir de la misma manera ya que refiere vergüenza para usar vestidos y salir a la calle y que la vean sin una pierna.

Se refiere de religión cristiana y manifiesta que sus creencias no le impiden vestir de alguna forma en específico, sin embargo, comenta que para acudir a su iglesia no es conveniente para las mujeres entrar vestida con pantalones o short ya que no es bien visto por los miembros.

No necesita ayuda para la selección de su vestuario ya que sus cosas las tiene a su alcance, sin embargo, comenta que le es más difícil obtener su calzado ya que tiene que agacharse para tomarlos.

A la observación se encuentra paciente que viste de acuerdo a su edad, consciente y orientada, con adecuados movimientos gruesos y finos que le permiten vestir y desvestirse. Buena capacidad para coordinar sus movimientos con las ideas.

Presenta vestuario completo y adecuado al clima, sin embargo, se percibe mal olor de su ropa. En casa viste playeras y pants, tenis o sandalias ya que eso le permite moverse libremente y cubrir el muñón del miembro amputado. María se encuentra incapacitada para realizar actividades como lavar su ropa o asear su

casa ya que su intervención quirúrgica es reciente y manifiesta miedo de levantarse con muletas y caer.

Actualmente acuden vecinos, miembros de su iglesia y su familia política a su casa para ayudarlo con el aseo y lavado de ropa.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Refiere baño de 2 a 3 veces por semana ya que no alcanza a sacar el agua para calentarla por lo que depende de alguien más para hacerlo, comenta que toma el baño después de medio día porque es cuando hace más calor.

Refiere lavarse los dientes una vez al día, sin embargo hay días completos en que no se lava por falta de ganas; el aseo de manos antes y después de comer lo realiza ocasionalmente ya que no tiene el agua a su alcance.

Después de la eliminación refiere aseo de manos siempre, comenta que sus creencias religiosas no limitan sus hábitos de limpieza, pero sí la falta de movimiento para realizar sus actividades cotidianas.

Se observa aspecto general descuidado, desaliñada, con mal olor de ropa la mayoría de las veces, mala higiene bucodental y halitosis, cuero cabelludo reseco, con presencia de caspa, sucio y con olor a sudor.

Se observa úlcera en región plantar de aproximadamente un centímetro de diámetro y profundidad con necrosis periférica, secreción purulenta, enrojecimiento y calor a la palpación. Pequeñas cicatrices cafés en ambas manos y una pierna. Muñón con herida quirúrgica limpia, bien afrontada en adecuado estado de cicatrización; además, presenta cicatriz queloide de herida quirúrgica por cesárea.

Necesidad de Evitar Peligros

Los miembros que componen la familia de María son 2 hijos casados y una hija divorciada. El hijo mayor se encuentra viviendo en la misma casa de la mamá. Vive en el segundo piso con su esposa (actualmente embarazada), sin embargo comparten los tres el mismo baño, el cual se encuentra en la parte de

abajo, en la sala de la paciente. La hija dos actualmente divorciada vive frente a la casa de su mamá con un hijo de cinco años de edad. El hijo menor vive en otro municipio.

Refiere que ante situaciones de urgencia llama por teléfono a la abuelita de sus hijos (la suegra), quien acude ante el llamado a su casa, refiere no contar con el apoyo de sus hijos.

Conoce algunas medidas de prevención en el hogar como mantener el piso seco, guardar objetos cortantes, tóxicos, o tener precaución con alimentos calientes o con la plancha.

Refiere que acudía a control y tratamiento de la Diabetes con el médico familiar al hospital, sin embargo, comenta que desde que le fue amputada la pierna, no ha podido acudir a seguimiento ya que su hijo mayor quien vive en su casa no siempre tiene tiempo para llevarla.

Refiere que ante situaciones de tensión o enojo en su vida se desahoga gritando o llorando, en otras ocasiones cuando puede y tiene a alguien cerca les cuenta sus preocupaciones, miedos o molestias contra sus hijos o contra la misma enfermedad y discapacidad. Por otro lado, comenta que también lee la biblia para tranquilizarse y ora a Dios pidiendo que le de fuerza y paciencia para aguantar sus problemas.

Se observa paciente sin deformidades congénitas. El ambiente en su hogar se encuentra en malas condiciones de higiene y desordenado, en el exterior de la casa se encuentra el patio con hierba alta, basura, cacharros, escalones flojos, suelo de tierra y en desnivel.

Necesidad de Comunicarse

María se encuentra actualmente divorciada, refiere haber estado 18 años de casada, vive en una casa de dos pisos, ella ocupa la parte baja y en la parte superior vive su hijo mayor con su esposa.

Refiere que una de sus preocupaciones es su nieto de cinco años de edad porque su mamá no lo atiende adecuadamente y lo trata mal, y como consecuencia, el niño es agresivo y grosero. Otra de sus preocupaciones es el no poder trabajar y en consecuencia no tener dinero para cubrir sus necesidades básicas.

Refiere que su apoyo económico principal lo recibe de sus hermanas que se encuentran en Estados Unidos, sin embargo, también recibe apoyo de su suegra, cuñados, vecinos y de algunos miembros de su iglesia de pertenencia.

Informa sentirse como un estorbo para sus hijos porque no aporta apoyo económico ni puede ayudar en las labores domésticas. Comunica problemas personales como el depender de alguien para realizar muchas actividades cotidianas, y en consecuencia, pasa todo el día metida en su casa y con muchas limitaciones. Refiere que pasa la mayor parte del tiempo sola, ya que su hijo y esposa casi no bajan a hacerle compañía, sin embargo, agradece el tener la compañía de las visitas.

A la entrevista la paciente se expresa con claridad de ideas y fluidez, otorga información congruente con lo solicitado. Presenta agudeza visual disminuida y adecuada función auditiva. Se observa falta de comunicación y apoyo por parte de sus hijos, comenta que mantiene mejor comunicación con sus vecinos y familiares políticos. Con sus hermanas mantiene comunicación frecuente por vía telefónica.

Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

Se refiere de religión cristiana, comenta que sus creencias religiosas no le generan ningún conflicto personal y dice que sus principales valores son el amor, la solidaridad y el apoyo. Refiere que sabe que cuenta con el apoyo de sus hermanas, mantienen comunicación por vía telefónica y se visitan en cuanto les es posible.

Los hábitos de vestido de la paciente actualmente son pants, shorts, playeras y tenis o sandalias. No utiliza aretes, collares o pulseras ya que eso se encuentra prohibido dentro de su religión.

Dentro de su arreglo personal no porta ningún objeto indicativo de sus valores o creencias, sin embargo en su casa tiene cerca de su cama una biblia que dice leer para sentir paz y tranquilidad.

Actualmente no ha podido asistir a sus reuniones religiosas a causa de su dependencia para salir de su casa, además de que comenta que le da vergüenza que la gente la vea mutilada, dice que en momentos de estrés y desesperación blasfema contra Dios por su enfermedad y por estar discapacitada, después se arrepiente y le pide perdón por haber cometido tal pecado.

Paciente que permite el contacto físico y muestras de afecto, aparentemente se ve tranquila y cooperadora cuando se le revisa o se palpa alguna parte de su cuerpo.

Necesidad de Trabajar y Realizarse

Actualmente no trabaja desde hace aproximadamente cuatro años que llego de Estados Unidos. Refiere haber trabajado siempre en talleres de corte y confección.

No cuenta con ingresos económicos propios, su mayor apoyo económico lo recibe principalmente de una hermana, sin embargo, y aunque en menor proporción, también cuenta con el apoyo económico de su suegra, algunos vecinos y personas de su iglesia, lo cual le ayuda a cubrir algunas de sus necesidades básicas.

Manifiesta que no está satisfecha con su rol familiar actual ya que le gustaría trabajar porque no siempre tiene dinero para comprar lo que quisiera, y por otro lado, no le gusta estar todo el día metida en su casa.

Aparentemente tranquila, sin embargo cuando habla de no poder trabajar por su discapacidad, sube el tono de voz y se muestra molesta y desesperada. Al platicar de la falta de apoyo por parte de sus hijos, se molesta fácilmente y habla mal de ellos.

Paciente con estado emocional temeroso e irritable al hablar de sus limitaciones, no le gusta estar en esa situación y reniega contra Dios por no poder moverse como lo hacía antes.

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

Informa que regularmente pasa el día viendo televisión, durmiendo o arreglando sus prendas personales y últimamente ha estado cortando tela para hacer ropita para sus nietos.

Comenta que cuando se siente estresada, molesta o deprimida, no le dan ganas de realizar ninguna actividad, al contrario, prefiere dormir o ver televisión, informa que en su comunidad no hay lugares para la recreación.

Refiere que antes de la amputación, participaba en eventos de su religión, como campamentos, reuniones para clases de cocina, bordado y diversas manualidades.

Actualmente no se muestra muy interesada en participar en actividades recreativas ya que comenta que le da vergüenza salir a la calle y que la vean en esas condiciones de salud, además informa que le es difícil realizar muchas actividades, presenta estado anímico triste, aburrido y con pensamientos negativos hacia su persona.

Necesidad de Aprendizaje

Refiere tener estudios de primaria terminada, sin embargo, comenta que no tiene problemas para aprender cosas, le gusta leer la biblia y confeccionar ropa.

A la interrogación no se identifican alteraciones cognitivas y muestra interés en el aprendizaje para mejorar sus problemas de salud, manifiesta no conocer fuentes de apoyo en su comunidad.

Refiere que ha tenido pensamientos suicidas por la incertidumbre de no poder trabajar y percibir ingresos económicos propios, por no poder moverse libremente y por permanecer todo el día en casa sin muchas opciones de distracción.

Se observa buena memoria reciente, recuerda datos precisos del día o días anteriores y memoriza palabras. Recuerda y cuenta información personal y familiar de cuando era pequeña, tiene presente datos relevantes de su vida y familia.

6.3 Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Necesidad		Grado de dependencia		Fuente de dificultad	Diagnóstico de enfermería.	
1	Oxigenación	I		Fuerza	X	Dolor agudo ocasional relacionado con agentes físicos manifestado por informe verbal
		PD	X	Voluntad		
		D		Conocimiento	X	
2	Nutrición Hidratación	I		Fuerza	X	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores psicológicos y económicos manifestado por palidez de las membranas mucosas, bajo tono muscular y caída excesiva del pelo
		PD	X	Voluntad		
		D		Conocimiento	X	
3	Eliminación	I		Fuerza	X	Estreñimiento relacionado con hábitos alimentarios y actividad física insuficiente manifestado por heces duras, secas y formadas
		PD	X	Voluntad		
		D		Conocimiento	X	
4	Moverse y mantener una buena postura	I		Fuerza	X	Deterioro de la ambulación relacionado con daño al estado físico, pérdida del equilibrio y fuerza muscular disminuida manifestado por dificultad para subir y bajar escaleras, sortear obstáculos, caminar sobre superficies irregulares y el uso de muletas
		PD	X	Voluntad		
		D		Conocimiento	X	
5	Descanso y sueño	I		Fuerza		Insomnio relacionado con malestar psicológico manifestado por informe verbal de dificultad para conciliar el sueño e informe de falta de energía
		PD	X	Voluntad		
		D		Conocimiento	X	
6	Usar prendas	I		Fuerza	X	Déficit de autocuidado: vestido

	de vestir adecuadas	PD	X	Voluntad		relacionado con deterioro músculo esquelético y disminución de la motivación manifestado por incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio	
		D		Conocimiento			
7	Termorregulación	I	X	Fuerza		_ Independiente _	
		PD		Voluntad			
		D		Conocimiento			
8	Higiene y protección de la piel	I		Fuerza	X	Déficit de autocuidado: baño relacionado con barreras ambientales y disminución de la motivación manifestada por incapacidad para acceder al cuarto de baño e incapacidad para obtener una fuente de agua	
		PD	X	Voluntad			
		D				Conocimiento	
						Fuerza	X
						Voluntad	
						Conocimiento	X
					Deterioro de la integridad cutánea relacionado con disminución de la sensibilidad manifestado por destrucción de las capas de la piel (herida en región plantar con enrojecimiento, calor y secreción purulenta)		
9	Evitar peligros	I		Fuerza	X	Riesgo de caídas relacionado con uso de muletas, entorno desordenado, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y problemas en los pies	
		PD	X	Voluntad			
		D					Conocimiento
						Fuerza	
						Voluntad	X
				Conocimiento	X	Riesgo de suicidio relacionado con inestabilidad económica, pérdida de autonomía e independencia	
10	Comunicar	I		Fuerza		Trastorno de la imagen corporal	

	Se	PD		Voluntad	X	relacionado con proceso quirúrgico manifestado por amputación, verbalización de cambios en el estilo de vida y sentimientos negativos sobre el cuerpo	
		D	X	Conocimiento			
		I		Fuerza			Procesos familiares disfuncionales relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas, manifestado por problemas familiares crónicos y económicos, dependencia y disminución de la autoestima
		PD	X	Voluntad	X		
		D		Conocimiento	X		
11	Vivir según sus creencias y valores	I		Fuerza	X	Riesgo de deterioro de la religiosidad relacionado con falta de transporte e ineficacia en el apoyo	
		PD		Voluntad			
		D	X	Conocimiento			
12	Trabajar y realizarse	I		Fuerza	X	Estrés por sobre carga relacionado con recursos económicos inadecuados manifestado por expresiones de sentimientos crecientes de impaciencia y de dificultad para funcionar	
		PD	X	Voluntad			
		D		Conocimiento	X		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		Fuerza	X	Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre	
		PD		Voluntad			
		D	X	Conocimiento			
14	Aprendizaje	I		Fuerza		Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresión de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar y aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado	
		PD	X	Voluntad	X		
		D		Conocimiento			

*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

6.4 Plan de cuidados (NIC-NOC)

Necesidad de Oxigenación

DOMINIO: 12 Confort	CLASE: 1 Confort físico	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Dolor agudo (00132) FACTORES RELACIONADOS: Agentes físicos CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Informe verbal		Control del dolor (1605) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conducta de salud (Q)	Reconoce factores causales. Utiliza medidas preventivas. Utiliza medidas de alivio no analgésicas. Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentement e demostrado 5= Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
NIC (Intervenciones) Manejo del dolor (1400)		NIC (Intervenciones) Cambio de posición (0840)			
Actividades Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, relaciones y responsabilidad de roles). Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la		Actividades Animar al paciente a participar en los cambios de posición. Colocar en posición de alineación corporal correcta. Fomentar la realización de ejercicios pasivos con un margen de movimientos. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una			

<p>experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).</p>	<p>buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.</p>
<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones) Aplicación de calor o frío (1380)</p>	
<p>Actividades Explicar la utilización del calor o frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente. Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado, inmersión en hielo, botella de agua caliente o compresas húmedas calientes. Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible. Envolver el dispositivo de aplicación de calor /frío con un pañuelo de protección. Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.</p>	

Nota de evolución. En la Necesidad de Oxigenación, la cual se encontraba con una puntuación de 3 (a veces demostrado), se obtuvo como resultado final la puntuación 4 (frecuentemente demostrado), en ésta necesidad se enfatizó en la intervención de cambio de posición y fue de gran ayuda la aplicación de medios físicos (frío), para el manejo del dolor, logrando que la persona sintiera notable mejoría con el paso de los días.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Nutrición e Hidratación

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) FACTORES RELACIONADOS: Factores psicológicos y económicos CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Palidez de las membranas mucosas, bajo tono muscular y caída excesiva del pelo		Apetito (1014) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (k)	Deseo de comer. Disfrute con la comida. Gusto agradable de la comida. Estímulos para comer.	1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente 3= Moderadamente 4= Levemente 5= No comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 4
		Estado nutricional (1004) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (k)	Ingestión de nutrientes. Ingestión alimentaria. Ingestión de líquidos. Energía Relación peso/talla Tono muscular. Hidratación.	1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5= Sin desviación del rango normal	Mantener a: 3 (moderada) Aumentar a: 4 (leve)

NIC (Intervenciones) Terapia Nutricional (1120)	NIC (Intervenciones) Ayuda para ganar peso (1240)
<p>Actividades</p> <p>Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.</p> <p>Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</p> <p>Ofrecer hierbas o especias como alternativa a la sal.</p> <p>Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas.</p> <p>Enseñar a la persona y a la familia la dieta prescrita.</p> <p>Dar ejemplos escritos de la dieta prescrita.</p>	<p>Actividades</p> <p>Analizar con la persona y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.</p> <p>Enseñar a planificar las comidas.</p> <p>Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.</p> <p>Enseñar al paciente a comprar alimentos de bajo costo y nutritivos.</p> <p>Crear un entorno social para el consumo de comida.</p> <p>Fomentar la asistencia a grupos de apoyo.</p> <p>Remitir a instituciones comunitarias que puedan ayudar en la obtención de comida.</p>

Nota de evolución. En la Necesidad de Nutrición e Hidratación, en cuestiones de apetito, se recibe al paciente con una puntuación de 2 (sustancialmente comprometido), y el objetivo fue mantenerla a 4 (levemente comprometido), obteniendo un resultado final de 4. En el estado nutricional se recibe con una puntuación de 3 (desviación moderada del rango normal) y se logra aumentar a 4 (desviación leve del rango normal). Actualmente ha tenido una ganancia ponderal de 3.5 kg en los últimos meses, presenta mucosas orales rosadas e hidratadas.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Eliminación

DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio	CLASE: 2 Función gastrointestinal	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Estreñimiento (00011) FACTORES RELACIONADOS: Hábitos alimentarios y actividad física insuficiente CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Heces duras, secas y formadas		Eliminación intestinal (0501) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Neurocognitiva (J)	Patrón de eliminación. Control de movimientos intestinales. Cantidad de heces en relación con la dieta. Facilidad de eliminación de las heces. Eliminación fecal sin ayuda.	1= Gravemente comprometido 2= sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
		Hidratación (0602) Dominio: Salud fisiológica (II)	Piel tersa Membranas mucosas húmedas Ingesta de líquidos	1= Gravemente comprometido 2= sustancialmente comprometido 3=	Mantener a: 2 Aumentar a: 4

	Clase: Líquidos y electrolitos (G)		Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	
NIC (Intervenciones) Manejo Intestinal (0430)	NIC (Intervenciones) Manejo del estreñimiento (0450)			
Actividades Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal. Instruir al paciente a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces. Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras (frutas, verduras y granos: manzanas, ciruelas, plátanos, zanahorias, brócoli, trigo, pan de trigo o salvado, arroz integral, entre otros)	Actividades Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra. Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes. Instruir al paciente sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento. Enseñar al paciente los procesos digestivos normales. Aconsejar al paciente a consultar con un médico si el estreñimiento persiste.			
NIC (Intervenciones) Manejo de líquidos (4120)				

Actividades

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).
Favorecer la ingesta oral (ofrecer líquidos entre las comidas, jugos de su preferencia, gelatina o cambiar el agua para beber frecuentemente).
Ofrecer tentempiés (bebidas, verdura y fruta fresca).

Nota de evolución. En cuanto a la Necesidad de Eliminación se recibe a M. J. con una puntuación de 3 (moderadamente comprometido), y el objetivo fue aumentar a 4 (levemente comprometido), obteniendo un resultado final de 4.

En cuanto a la hidratación se recibe con una puntuación de 2 (sustancialmente comprometida) y el objetivo es aumentar a 4 (levemente comprometido), se obtiene un resultado final de 4, logrando el resultado esperado.

En esta necesidad se enfatizaron los cuidados en la alimentación con un alto contenido en fibra, el aumento en la ingesta de agua y en la actividad física de acuerdo a sus capacidades.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Moverse y Mantener una buena Postura

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 2 Actividad/ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Deterioro de la ambulación (00088) FACTORES RELACIONADOS: Daño al estado físico, pérdida del equilibrio y fuerza muscular disminuida CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Dificultad para subir y bajar escaleras, sortear obstáculos, caminar sobre superficies irregulares y el uso de muletas		Ambular (0200) Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C)	Soporta el peso Camina a paso lento. Sube escaleras Baja escaleras Anda por la casa. Se adapta a diferentes tipos de superficies	1= Gravemente Comprometido 2= Sustancialment e comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 3
NIC (Intervenciones) Ayuda con los autocuidados: transferencia (1806)		NIC (Intervenciones) Terapia de ejercicios: ambulación (0221)			

<p>Actividades</p> <p>Revisar en la historia las órdenes de actividad.</p> <p>Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (limitaciones de movimiento, resistencia, capacidad para ponerse de pie).</p> <p>Determinar la cantidad y el tipo de ayuda que necesita.</p> <p>Enseñar el uso de ayudas ambulatorias (muletas, silla de ruedas).</p> <p>Mantener la alineación corporal correcta de la persona durante los movimientos.</p> <p>Animarla para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.</p> <p>Ayudarla a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal).</p>	<p>Actividades</p> <p>Aconsejar al paciente que use calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.</p> <p>Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.</p> <p>Ayudar al paciente con la deambulación inicial.</p> <p>Ayudar a la persona a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.</p> <p>Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas para andar.</p> <p>Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.</p> <p>Animarla a que esté levantado por su propia voluntad.</p>
<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones) Terapia de ejercicios: control muscular (0226)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones) Terapia de ejercicios: equilibrio (0222)</p>
<p>Actividades</p> <p>Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo a la persona y a la familia.</p> <p>Ayudarle a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.</p> <p>Animarla a que practique actividades de precalentamiento y relajamiento antes y después del protocolo de ejercicios.</p> <p>Reforzar las instrucciones dadas respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para evitar lesiones y maximizar su eficacia.</p>	<p>Actividades</p> <p>Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).</p> <p>Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.</p> <p>Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.</p> <p>Instruirla sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.</p> <p>Ayudarla a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino o sedestación y caminar.</p> <p>Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado</p>

Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios.
Animarla a practicar ejercicios de forma independiente.

para estimular los mecanismos del equilibrio.

Nota de evolución. La persona se recibe con una puntuación de 2 (sustancialmente comprometido) y el objetivo fue aumentar a 3 (moderadamente comprometido), en el resultado final se logró la puntuación propuesta de 3. En esta necesidad se enfatizaron los cuidados en las intervenciones de terapia de ejercicios para aumentar la fuerza muscular, principalmente de las extremidades, se ayudó a M. J a deambular en muletas y mantener la alineación corporal y el equilibrio, se observó y se reforzó la información para habilidades en la transferencia de la cama a la silla de ruedas, al cuarto de baño, a la sala. Me es muy satisfactorio haber logrado la puntuación propuesta, ya que a partir de la mejoría de esta necesidad, se logra aumentar la puntuación de las otras necesidades.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Descanso y Sueño

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 1 Sueño/reposo	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Insomnio (00095)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Malestar psicológico</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Informe verbal de dificultad para conciliar el sueño e informe de falta de energía</p>		<p>Descanso (0003)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: mantenimiento de la energía (A)</p>	<p>Tiempo del descanso</p> <p>Calidad del descanso</p> <p>Descansado físicamente</p> <p>Descansado emocionalmente.</p> <p>Energía recuperada después del descanso</p>	<p>1= Gravemente comprometido</p> <p>2= Sustancialment e comprometido</p> <p>3= Moderadamente comprometido</p> <p>4= Levemente comprometido</p> <p>5= No comprometido</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
<p>NIC (Intervenciones) Distracción (5900)</p>		<p>NIC (Intervenciones) Terapia de actividad (4310)</p>			
<p>Actividades</p> <p>Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o leyendo.</p> <p>Considerar las técnicas de distracción tales como juegos, terapia de actividad, leer, cantar, que impliquen más de un</p>		<p>Actividades</p> <p>Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente (p.ej., el quehacer) y/o actividades de pasatiempo favoritos.</p> <p>Ayudarla a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.</p> <p>Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</p>			

<p>sentido y no precisen capacidad de pensamiento. Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según la edad y el nivel de desarrollo. Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.</p>	<p>Ayudarle a centrarse en lo que puede hacer, más que en los déficits. Enseñarle a realizar la actividad deseada. Ayudar en las actividades físicas regulares (p. ej., deambulación, giros y cuidado personal). Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: tareas sencillas, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal. Ayudarle a desarrollar la auto motivación y la seguridad. Remitir a centros comunitarios o programas de actividad.</p>
---	--

Nota de evolución. Descanso y Sueño. Con una puntuación de 2 (Sustancialmente Comprometida) y el objetivo fue aumentar a 4 (Levemente comprometido), logrando una puntuación 4. Las intervenciones realizadas fueron la programación de actividades físicas alternadas con las de corte y confección, ver Tv y leer la biblia, lo anterior descrito, ayudó a que María no durmiera frecuentemente por las tardes y así pudiera tener un sueño reparador y mantenerse alerta durante el día.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 5 Autocuidado	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Déficit de autocuidado: vestido (00109)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Deterioro músculo esquelético y disminución de la motivación</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.</p>		<p>Autocuidados: higiene</p> <p>Dominio: salud funcional (I)</p> <p>Clase: autocuidado (D)</p>	<p>Se lava las manos</p> <p>Mantiene la nariz limpia</p> <p>Mantiene la higiene bucal</p> <p>Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>Mantiene la higiene corporal</p>	<p>1= Gravemente comprometido</p> <p>2= Sustancialmente comprometido</p> <p>3= Moderadamente comprometido</p> <p>4= Levemente comprometido</p> <p>5= No comprometido</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
<p>NIC (Intervenciones) Ayuda al autocuidado (1800)</p>		<p>NIC (Intervenciones) Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)</p>			
<p>Actividades</p> <p>Considerar la cultura de la persona al fomentar actividades de autocuidados.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.</p> <p>Proporcionar los objetos personales deseados (jabón de baño,</p>		<p>Actividades</p> <p>Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.</p> <p>Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.</p> <p>Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.</p>			

<p>desodorante, cepillo de dientes, pasta, cremas).</p> <p>Proporcionar los cuidados hasta que la persona sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</p> <p>Ayudar a la persona a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Animarle a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar las acciones.</p>	<p>Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.</p> <p>Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.</p> <p>Colocar la ropa sucia en el cesto.</p> <p>Facilitar la ayuda de un esteticista, si es necesario.</p>
---	--

Nota de evolución. Se encontró a la persona con una puntuación de 2 (sustancialmente comprometido), y el objetivo propuesto fue aumentar a 4 (levemente comprometido), el resultado final fue una puntuación de 4. Las intervenciones realizadas en la necesidad fueron de ayuda con los autocuidados, el baño, arreglo personal y el manejo de la autoestima de la paciente; se realizaron pequeños arreglos para que M. J tuviera acceso fácilmente al agua por lo que la higiene en general ha mejorado considerablemente alcanzando la puntuación propuesta.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 5 Autocuidado	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Déficit de autocuidado: baño (00108)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Barreras ambientales y disminución de la motivación</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Incapacidad para acceder al cuarto de baño e incapacidad para obtener una fuente de agua</p>		<p>Autocuidado: baño (0301)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Entra y sale del cuarto de baño</p> <p>Obtiene los suministros para el baño</p> <p>Obtiene agua de baño</p> <p>Se lava la parte superior del cuerpo</p> <p>Se lava la parte inferior del cuerpo</p>	<p>1= Gravemente comprometido</p> <p>2= Sustancialmente comprometido</p> <p>3= Moderadamente comprometido</p> <p>4= Levemente comprometido</p> <p>5= No comprometido</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p>
<p>NIC (Intervenciones) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801)</p>		<p>NIC (Intervenciones) Cuidados del paciente amputado (3420)</p>			
<p>Actividades Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.</p>		<p>Actividades Observar si hay dolor de miembro fantasma (quemazón, calambres, palpitations, presión u hormigueo, donde estaba la perna).</p>			

<p>Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita.</p> <p>Colocar toallas, jabón, cepillo de dientes, pasta, desodorante y demás accesorios necesarios a pie de la cama o en el baño, al alcance de la persona.</p> <p>Facilitar que la persona misma se bañe,</p> <p>Facilitar que ella misma se cepille los dientes.</p> <p>Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados de la persona.</p> <p>Controlar la integridad cutánea de la persona.</p> <p>Proporcionar ayuda hasta que la persona sea totalmente capaz de asumir los cuidados.</p>	<p>Explicar que el dolor fantasma puede comenzar varias semanas después de realizada la cirugía y que puede activarse por la presión en otras zonas.</p> <p>Enseñar al paciente a informar sobre signos y síntomas de circulación alterada (p. ej., hormigueo, pulso periférico ausente, temperatura cutánea baja).</p> <p>Vigilar la curación de la herida en el sitio de incisión.</p> <p>Observar la piel por si hay señales de lesiones.</p> <p>Enseñar a la persona ejercicios de resistencia y extensión.</p> <p>Ayudar durante el proceso de aflicción asociado con la pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>Facilitar la identificación de los cambios necesarios en el estilo de vida.</p> <p>Animar a la persona a practicar autocuidados del muñón.</p> <p>Proporcionar la información adecuada sobre mecanismos protésicos y técnicas de movilización.</p>
---	--

Nota de evolución. Se encontró a la persona con una puntuación de 3 (moderadamente comprometido) y el propósito fue aumentar a 4 (levemente comprometida), logrando alcanzar el objetivo propuesto. Para esta actividad se enfatizaron los cuidados en la ayuda con los autocuidados baño/higiene y en los cuidados de la persona amputada.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Deterioro de la integridad cutánea (00046) FACTORES RELACIONADOS: Disminución de la sensibilidad CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Destrucción de las capas de la piel (herida en región plantar con enrojecimiento, calor y secreción purulenta)		Curación de la herida: por primera intención Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L)	Aproximación cutánea. Aproximación de los bordes de la herida. Formación de cicatriz.	1= Ninguno 2= Escaso 3= Moderado 4= Sustancial 5= Extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 2
			Supuración purulenta. Aumento de la temperatura cutánea. Olor de la herida	1= Extenso 2= Sustancial 3= Moderado 4= Escaso 5= Ninguno	Mantener a: 2 Aumentar a: 4
		Curación de la herida: por segunda intención (1103) Dominio: Salud fisiológica (II)	Granulación Disminución del tamaño de la herida.	1= Ninguno 2= Escaso 3= Moderada 4= Sustancial 5= Extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 3

	Clase: integridad tisular (L)	Secreción purulenta. Secreción sanguinolenta. Infamación de la herida. Piel macerada Necrosis Olor de la herida	1= Extenso 2= Sustancial 3= Moderado 4= Escaso 5= Ninguno	Mantener a: 2 Aumentar a: 4
NIC (Intervenciones) Cuidados de las úlceras por presión (3520)	NIC (Intervenciones) Cuidados circulatorios (4066)			

<p>Actividades</p> <p>Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.</p> <p>Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante.</p> <p>Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.</p> <p>Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.</p> <p>Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.</p> <p>Desbridar la úlcera, si es necesario.</p> <p>Aplicar ungüentos, si procede.</p> <p>Aplicar vendaje de retención.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.</p> <p>Enseñar a vigilar si hay signos de rotura de la piel.</p> <p>Enseñarle los procedimientos de cuidado de la herida.</p>	<p>Actividades</p> <p>Realizar una valoración global de la circulación periférica (p.ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).</p> <p>Realizar los cuidados de la herida.</p> <p>Observar el grado de incomodidad o dolor.</p> <p>Aplicar modalidades de terapia compresión (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente.</p> <p>Elevar la pierna afectada, según sea conveniente.</p> <p>Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté en cama.</p> <p>Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.</p> <p>Observar signos y síntomas de cicatrización (herida limpia, seca, aséptica, enrojecida).</p> <p>Mantener la herida limpia, seca y protegida.</p>
<p>NIC (Intervenciones) Cuidados de los pies (1660)</p>	

Actividades

Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.

Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente.

Enseñar a secar cuidadosamente los espacios interdigitales.

Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies, corte y arreglo de las uñas.

Instruir sobre la importancia del cuidado de los pies.

Enseñar inspeccionar el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas.

Observar si hay edema en piernas y pies.

Enseñar a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano.

Instruir acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad.

Nota de evolución. Se encontraba con una puntuación de 3 (moderadamente comprometida), y el objetivo fue aumentar a 4 (levemente comprometido), el objetivo final alcanzado fue de 4. Se enfatizaron los cuidados de la úlcera (curación y enseñanza de autocuidado), manteniéndose actualmente sin infección, se brinda orientación sobre el cuidado y vigilancia de los pies.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Evitar Peligros

DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de caídas (00155)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Uso de muletas, entorno desordenado, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y problemas en los pies</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>		<p>Conocimiento: prevención de caídas (1828)</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Conocimientos sobre salud (S)</p>	<p>Uso correcto de dispositivos de ayuda. Calzado adecuado. Cuando pedir ayuda personal. Ejercicios para reducir el riesgo de caídas.</p>	<p>1= Ningún conocimiento 2= Conocimiento escaso 3= Conocimiento moderado 4= Conocimiento sustancial 5= Conocimiento extenso</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
<p>NIC (Intervenciones) Prevención de caídas (6490)</p>		<p>NIC (Intervenciones) Manejo ambiental (6480)</p>			
<p>Actividades Identificar conductas y factores que afecten al riesgo de caídas. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). Enseñar a la persona a utilizar las muletas y silla de ruedas. Colocar los objetos al alcance de la persona sin que tenga que</p>		<p>Actividades Crear un ambiente seguro para la persona. Identificar las necesidades de seguridad de la persona, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras, muebles pequeños, móviles, objetos en el suelo). Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad</p>			

<p>hacer esfuerzos. Instruirla para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. Enseñarle como caer para minimizar el riesgo de lesiones. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.</p>	<p>(barandillas, rampas, superficies de suelo antideslizantes, luz nocturna). Colocar los muebles en la casa de manera que se acomode mejor a las discapacidades de la persona. Colocar los objetos de uso frecuente a su alcance. Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</p>
--	--

DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE: 3 Violencia	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA		Adaptación a la discapacidad física (1308)	Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad. Se adapta a limitaciones funcionales. Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad. Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= a veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
ETIQUETA: Riesgo de suicidio (00150)					
FACTORES RELACIONADOS: Inestabilidad económica, pérdida de autonomía e independencia		Dominio: Salud psicosocial (III)			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:		Clase: Adaptación psicosocial (N).			

		con la discapacidad.		
NIC (Intervenciones) Manejo de la conducta: autolesión (4354)		NIC (Intervenciones) Fomentar la implicación familiar (7110)		
Actividades Determinar el motivo/razón de la conducta. Retirar los objetos peligrosos del ambiente de la persona. Comunicar el riesgo con los demás cuidadores. Ayudar a la persona a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión. Animar a la persona a que hable con los cuidadores o familia cuando surja el impulso de autolesionarse. Enseñarla, dándole seguridad, a enfrentarse de manera efectiva a las conductas y a expresar adecuadamente los sentimientos.		Actividades Establecer una relación personal con la persona y los miembros de la familia que están implicados en el cuidado del paciente. Identificar la disposición de la familia para implicarse en el cuidado de la persona. Observar la estructura familiar y sus roles. Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente. Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado de la persona. Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares.		

Nota de evolución. Se encontró, en cuanto al conocimiento y prevención de caídas, con una puntuación de 2 (conocimiento escaso) y el objetivo fue aumentar a 4 (conocimiento sustancial), obteniendo un resultado final de 4. En cuanto a la adaptación a la discapacidad, se encontró con una puntuación de 3 (a veces demostrado) y el objetivo fue aumentar a 4 (frecuentemente demostrado), el resultado final fue de 4, logrando el objetivo planteado. Se realizaron intervenciones de prevención de caídas, el manejo ambiental, manejo de la conducta de autolesión y la implicación de la familia, así como de las personas quienes le ayudan con sus cuidados cotidianos, vecinos, familia política y miembros de la iglesia.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Comunicarse

DOMINIO: 7 Rol/relaciones	CLASE: 2 Relaciones familiares	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Procesos familiares disfuncionales (00063) FACTORES RELACIONADOS: Habilidades de afrontamiento inadecuadas CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Problemas familiares crónicos y económicos, dependencia y disminución de la autoestima		Apoyo familiar durante el tratamiento (2609) Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Bienestar familiar (X)	Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. Los miembros de la familia animan al miembro enfermo. Busca apoyo social para el miembro enfermo. Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
NIC (Intervenciones) Apoyo a la familia (7140)		NIC (Intervenciones) Potencialización de la autoestima (5400)			
Actividades Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la persona. Escuchar las inquietudes, sentimiento y preguntas de la		Actividades Observar las frases del paciente sobre su propia valía. Animar al paciente a identificar sus virtudes. Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.			

<p>familia. Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre la paciente y la familia. Favorecer una relación de confianza con la familia. Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica. Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores. Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas. Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.</p>		<p>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. Ayudar a la persona a aceptar la dependencia de otros. Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. Realizar afirmaciones positivas sobre la persona.</p>			
DOMINIO: 6 Autopercepción	CLASE: 3 Imagen corporal	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Trastorno de la imagen corporal (00118)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Proceso quirúrgico</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Amputación, verbalización de cambios en el estilo de vida y sentimientos negativos sobre el cuerpo</p>		<p>Adaptación a la discapacidad física (1308)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial (N)</p>	<p>Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad. Se adapta a limitaciones Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad.</p>	<p>1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>

		Identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.	5=Siempre demostrado	
NIC (Intervenciones) Aumentar el afrontamiento (5230)		NIC (Intervenciones) Orientación de la realidad (4820)		
<p>Actividades</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Animar a la persona a desarrollar relaciones.</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales.</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Animarla a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p> <p>Ayudarla a identificar sistemas de apoyo disponibles.</p> <p>Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>Ayudarla a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.</p>		<p>Actividades</p> <p>Dirigirse a la persona por su nombre al iniciar la interacción.</p> <p>Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con la persona.</p> <p>Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., evitar discutir o evitar intentos de convencimiento).</p> <p>Involucrar al paciente en actividades concretas “aquí y ahora” (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior así mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.</p> <p>Ofrecer psicoeducación a la familia y los seres queridos respecto a fomentar la orientación de la realidad.</p>		

Nota de evolución. En los procesos disfuncionales se encontró con una puntuación de 3 (a veces demostrado), y en el trastorno de la imagen se encontró en 2 (raramente demostrado); el objetivo de ambos fue aumentar a 4 (frecuentemente demostrado), obteniendo como resultado final una puntuación de 4 en ambos, se intervino con mayor énfasis en la potenciación de la autoestima, en la orientación de la realidad y en aumentar el afrontamiento, implicando a la familia y las personas allegadas.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

DOMINIO: 10 Principios vitales	CLASE: 3 Valores/creencias/congruencia de la acción	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170) FACTORES RELACIONADOS: Falta de transporte e ineficacia en el apoyo CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:		Soporte social ((1504) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Interacción social (P)	Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas. Refiere ayuda económica de otras personas. Refiere ayuda ofrecida por los demás. Refiere tareas realizadas por otras personas. Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita.	1= Inadecuado 2= Ligeramente adecuado 3= Moderadamente adecuado 4= Sustancialmente adecuado 5= Completamente adecuado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
NIC (Intervenciones) Facilitar la práctica religiosa (5424)		NIC (Intervenciones) Apoyo espiritual (5420)			
Actividades Identificar las inquietudes de la persona respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno o prácticas alimentarias).		Actividades Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual. Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.			

<p>Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración en el lugar de residencia o en otro lugar. Fomentar la participación o práctica religiosa que no perjudique la salud. Coordinar o proporcionar transporte hasta el lugar de culto.</p>	<p>Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo. Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia. Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea. Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo. Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte. Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.</p>
--	---

Nota de evolución. Se encontró con una puntuación 3 (moderadamente adecuado) y se propuso aumentar a 4 (sustancialmente adecuado), logrando el objetivo planteado con una puntuación de 4. Se intervino en el apoyo espiritual, la interacción con algunas personas de la iglesia y se ayuda en la organización del medio de transporte para asistir a su iglesia, actualmente, miembros de la misma se ponen de acuerdo y le facilitan el transporte para acudir a la iglesia, en otras ocasiones, realizan el programa en casa de María y al finalizar las actividades realizan convivio para tomar los alimentos.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Trabajar y Realizarse

DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA		Aceptación: estado de salud (1300) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N)	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. Se adapta al cambio en el estado de salud. Tranquilidad. Muestra resistencia. Superación de la situación de salud. Realización de tareas de cuidados personales.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentement e demostrado 5= Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
ETIQUETA: Estrés por sobre carga (00177)					
FACTORES RELACIONADOS: Recursos económicos inadecuados					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresiones de sentimientos crecientes de impaciencia y de dificultad para funcionar					
NIC (Intervenciones) Apoyo emocional (5270)		NIC (Intervenciones) Terapia familiar (7150)			
Actividades Comentar la experiencia emocional con la persona. Animarle a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.		Actividades Identificar cómo la familia resuelve los problemas. Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto. Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente.			

<p>Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p>	<p>Ayudar a los miembros a priorizar y seleccionar el problema familiar que tratar en primer lugar. Facilitar estrategias para reducir el estrés. Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer alguna de las comidas juntos.</p>
--	---

Nota de evolución. Se encontró con una puntuación de 3 (a veces demostrado) y se propuso aumentar a 4 (frecuentemente demostrado), se logra el resultado esperado de 4, ya que se ha adaptado bien a los cambios de su estado de salud y realiza los cuidados personales, sin embargo, ocasionalmente manifiesta que le ha costado trabajo aceptar su estado de salud pero que confía en Dios para salir adelante.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 2 Actividad/ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA		Implicación social (1503) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Interacción social (P)	Interacción con vecinos. Interacción con miembros de la familia. Participación como miembro de la iglesia.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
ETIQUETA: Déficit de actividades recreativas (00097)					
FACTORES RELACIONADOS: Entorno desprovisto de actividades recreativas					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Afirmaciones del paciente de que se aburre					
NIC (Intervenciones) Potenciación de la socialización (5100)		NIC (Intervenciones) Aumentar los sistemas de apoyo (5440)			
Actividades Fomentar las actividades sociales. Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. Ayudarla a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. Animarla a cambiar de ambiente (como salir de casa).		Actividades Determinar el grado de apoyo familiar. Determinar el grado de apoyo económico de la familia. Observar la situación familiar actual. Animar a la persona a participar en actividades sociales y comunitarias. Implicar a la familia/seres queridos/amigos, en los cuidados y la planificación.			

Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.	Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
---	---

Nota de evolución. Se encontró en 3 (a veces demostrado) y se propuso aumentar a 4 (frecuentemente demostrado), el resultado final se logra con la puntuación propuesta de 4, ya que actualmente M. J puede salir al patio y realizar actividades que le permiten convivir con sus vecinos o ir a la iglesia si lo desea. En los últimos días realiza múltiples actividades que la mantienen la mayoría del día ocupada, cuida a su nieto, prepara alimentos para vender o sale de su casa con ayuda de su familia para ir de compras.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

6.4 Plan de cuidados

Necesidad de Aprendizaje

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 5 Autocuidado	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Disposición para mejorar el auto cuidado (00182)</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresión de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar y aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p>		<p>Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD) (0300)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Come. Se viste. Uso del inodoro. Se baña. Higiene. Deambulación: camina. Deambulación: silla de ruedas. Cambia de posición sola.</p>	<p>1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
<p>NIC (Intervenciones) Ayuda al autocuidado (1800)</p>		<p>NIC (Intervenciones) Ayuda con los autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (1805)</p>			
<p>Actividades Considerar la cultura de la persona al fomentar actividades de autocuidados. Comprobar su capacidad para ejercer autocuidados independientes.</p>		<p>Actividades Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., realizar compras, cocinar, lavar la ropa, utilizar transporte público, manejar dinero, medicamentos, comunicarse y administrar el tiempo).</p>			

<p>Ayudarle a aceptar las necesidades de dependencia. Animarla a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. Proporcionar ayuda hasta que ella sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando la persona no pueda realizar la acción dada.</p>	<p>Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., colocar rampas, ensanchar los marcos de las puertas, para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño). Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (p. ej., poner números grandes en el teléfono, colocar la lavadora y otros electrodomésticos en la planta principal, poner barras para asirse o barandillas en recamara o cuarto de baño). Enseñar al individuo a vestir ropa con mangas cortas o ajustadas al cocinar. Remitir a servicios familiares/comunitarios, si es necesario.</p>
--	---

Nota de evolución. Se encontró en 2 (sustancialmente comprometido) y el objetivo fue aumentar a 4 (levemente comprometido), se logró un resultado final de 4, ya que M. J actualmente puede realizar muchas actividades de manera independiente como pasar de la silla de ruedas a la cama o a la sala, cocinar, asearse y deambular con muletas, por lo tanto en el resultado esperado de autocuidados: actividades de la vida diaria, se logró satisfactoriamente.

Elaboró: Martha Bahena Cruz

VII. CONCLUSIONES

El proceso enfermero proporciona la metodología por la cual, el profesional utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y atender a las necesidades reales o potenciales de salud de las personas. Tiene un enfoque holístico que valora el cuerpo, la mente y el espíritu, pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para que realicen de manera independiente las actividades que para ellos son importantes.

Con la aplicación del proceso enfermero a una persona adulta de 46 años de edad con alteración en la necesidad de movimiento y postura, se logró dar cumplimiento a los objetivos planteados en un 100 %, ya que se llevó a cabo la realización de la valoración de las necesidades de la persona con base en el Modelo de Virginia Henderson y se estructuraron los diagnósticos de enfermería mediante la clasificación de la NANDA. Se llevó a cabo el diseño de un plan de clasificación e intervenciones de enfermería NIC y NOC; y finalmente se ejecutó y evaluó el impacto del plan de intervenciones.

Posteriormente al realizar la evaluación del plan de cuidados, se observa un incremento favorable de la puntuación diana, obteniendo con ello el resultado final esperado; se encontró a la Sra. María P. T de manera general, en una situación gravemente comprometida, sin embargo, con las intervenciones y actividades realizadas se logra aumentar su estado de salud a una situación levemente comprometida.

En la necesidad en la cual el objetivo ha sido un poco más complicado de alcanzar es en la necesidad de actividades recreativas ya que para socializar con otras personas se le dificulta un poco por el traslado, sin embargo, María encuentra la forma y sale de su casa cuando lo desea, ya sea con ayuda de sus vecinos o familiares.

Actualmente María sigue recibiendo ayuda económica de algunos familiares, sin embargo, ya cuenta con ingresos económicos propios porque prepara alimentos para vender en su casa algunos días de la semana, lo cual le permite vivir de manera más tranquila económicamente hablando, además,

esta actividad también le ha servido como medio de distracción durante el día y para lograr un buen descanso durante la noche.

El Modelo de Virginia Henderson y los instrumentos de valoración me sirvieron como base y como fuente de recolección de datos respectivamente, para la realización del presente trabajo, por medio de ello, se brindó la atención y cuidado individual e integral, logrando un impacto favorable en la salud de la persona.

Finalmente concluyo que la realización del presente proceso de enfermería me ha enseñado que como profesionalista se tiene un gran compromiso ante la gente, que la preparación, el respeto a la dignidad, la cultura, creencias y valores, así como la sensibilidad ante el dolor de la gente, son vitales para lograr que la persona crea en nuestros cuidados y se deje guiar hacia el mejoramiento de su salud.

VIII. SUGERENCIAS

El Proceso Enfermero como instrumento en nuestra práctica profesional, permite brindar una atención individualizada de manera que esta sea adecuada, eficiente y oportuna, está basado en cuidados humanistas que mejoran la calidad de vida de la persona y de su familia.

Se sugiere la implementación de una educación especializada durante la formación académica en las escuelas de enfermería, públicas y privadas, ya que no todas cuentan con el mismo programa educativo, la finalidad de ello es que los estudiantes obtengan conocimientos sólidos y que formen desde el inicio de la carrera, actitudes positivas hacia los modelos y teorías para su aplicación durante la práctica cotidiana.

El modelo es una herramienta eficiente ya que ésta nos permite evaluar a la persona de manera integral y asertiva, sin embargo considero que si se pretende diseñar un proceso enfermero durante la estancia de la persona en la unidad de salud, es complicado por la gran cantidad de usuarios que demandan múltiples servicios durante la jornada laboral.

Pienso que es una herramienta que debe ser diseñada con tiempo y tranquilidad para brindarle a la persona la atención y privacidad que se merece, por lo tanto, pueden completarse los instrumentos de valoración durante visitas domiciliarias y así poder observar también el entorno en el que la persona vive, con el fin de ser mas asertivas en el planteamiento de los cuidados y actividades a realizar.

Para realizar el proceso enfermero es vital contar con tiempo, buena disposición y conocimientos, además se necesita el apoyo de nuestra institución, tanto para el apoyo con recursos materiales, así como para permitir la participación del equipo multidisciplinario de salud en el tratamiento de la persona cuidada.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almansa, P. (1999). *Metodología de los cuidados de enfermería*. Primera edición. México, D.F.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, Quinta Edición. Barcelona, España.
- Carpenito, L. J. (1994). *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Primera edición. Madrid.
- Coruña. (2006). *Planes de cuidados. Complejo Hospitalarios Universitario Juan Canalejo*.
- Craig, G. J. (2009). *Desarrollo psicológico*. Novena edición. México, D. F.
- Fernández, N. (2006). *Características psicológicas del desarrollo del adulto*. UNAM. México, D. F.
- García, M-C., María Luisa Martínez Martín. (2001). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del Cuidado enfermero*. MMI Elsevier, S. A. Madrid (España).
- García, M. J. (1997). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. Primera Edición. México, D.F.
- Hans, A. (1979). *Una didáctica fundada en la psicología de Jean Piaget*. Buenos Aires.
- Hernández, J. (1995). *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Mc Graw - Hill Interamericana, Madrid.
- Jara, A. (2010). *Endocrinología*. Segunda edición. Madrid, España.
- Leal, C., Carrasco, J. J. (2010). *Fundamentos de Enfermería, Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona*. Primera Edición. México, D. F.

Lerman, I. (2011). *Atención integral del paciente diabético*. Cuarta edición. México, D. F.

Marriner, A; Raile, M. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. Séptima Edición. Barcelona, España.

Molina, T. M. (1973). *Historia de la enfermería*. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2010). *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona, España.

Rodríguez, B. A. (2000). *Proceso Enfermero*. México, D. F.

Rosas, J.; Lyra R.; Cavalcanti, N. (2009). *Diabetes Mellitus. Visión Latinoamericana*. México, D. F.

Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. Segunda Edición. México, D. F.

X. ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos metodológicos

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre: María P. T	Edad: 46 años	Talla: 1.56
Fecha de nacimiento: 10/septiembre/1967		Sexo: Femenino
Ocupación: Hogar	Escolaridad: Primaria terminada	Fecha de admisión: Consulta externa
Hora: 10:40	Procedencia: Zihuatanejo, Guerrero	Fuente de información: Directa
Fiabilidad (1-4): 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Madre de tres hijos (dos hombres y una mujer). Es la hija mayor de cuatro hermanos más.	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: Refiere dolor ocasional en espalda lo cual le impide respirar profundamente, aún cambiando de posición.	Tos productiva /seca: Niega tos
Dolor asociado con la respiración: Refiere únicamente dificultad respiratoria y superficial cuando presenta dolor ocasional de la espalda.	
Fumador: Negado	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: Refiere únicamente haber probado un cigarro cuando tenía 15 años de edad.	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
T/A: 130/80 mm Hg; T:36.7°C; FR: 18 X ¹ ; FC: 76 X ¹ ; Peso: 44.9 Kg; Glucosa postprandial: 412 mg/dl; Talla: 1.56 cm; IMC: 18.7	
Tos productiva /seca: No presenta tos	Estado de conciencia: Paciente orientado en persona, tiempo y espacio. Consciente y en estado general de alerta.
Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal: Presenta piel pálida, reseca y delgada. Uñas de pies y manos con ligera palidez, llenado capilar de 2. Encías inflamadas, mucosa bucal sin presencia de lesiones, lengua ligeramente deshidratada, pálida, blanquecina y sucia.	
Circulación del retorno venoso: Presenta buen retorno venoso, no hay presencia de edema, se observa pie izquierdo con discreta inflamación a causa de úlcera.	
Otros: Persona que le fue practicada cirugía hace dos meses, amputación supracondílea de miembro inferior derecho con herida quirúrgica limpia bien afrontada, en adecuado estado de cicatrización. En miembro inferior izquierdo se observa herida en la planta del pie de aproximadamente un centímetro de diámetro y profundidad, en úlcera se observa enrojecimiento, edema y secreción purulenta y al tacto presenta calor. Ruidos respiratorios normales, entrada y salida de aire sin compromiso.	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): Refiere que realiza de dos a tres comidas por día, dieta habitual con frijoles (4 a 5 veces por semana); guisado con carne de res o pollo (2 veces por semana); huevo (2 veces por semana); tortillas (2 a 4 por comida); fruta (2 por semana); verdura (1 a 2 veces por semana); leche (ocasionalmente); pastas (ocasionalmente); agua natural (aproximadamente 2 litros y medio); refresco (ocasional).
Número de comidas diarias: Refiere comer de 2 a 3 veces al día, mayormente come 3 veces al día, entre comidas acostumbra comer galletas o pan dulce.
Trastornos digestivos: Refiere dolor ocasional en epigastrio y dificultad para

defecar a causa de heces duras y secas.

Intolerancia alimentarias/ Alergias: Niega alergias, comenta que no le gusta ni acostumbra consumir alimentos picantes porque le provocan malestar estomacal

Problemas de la masticación y deglución: Niega problemas para masticar y deglutir en este momento, sin embargo refiere caries en molares que han dolido anteriormente impidiendo una masticación adecuada.

Patrón de ejercicio: Refiere pasar todo el día sentada o acostada ya que no todavía no puede ambular por sí sola, ya que le fue amputada pierna derecha por arriba de la rodilla. Refiere nunca haber realizado ningún tipo de actividad física, únicamente caminaba tres a cuatro veces de su casa a casa de su suegra aproximadamente medio quilómetro.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Piel delgada, reseca y ligeramente arrugada, piel pálida con manchas cafés por cicatrices de heridas en brazos y pierna (refiere piquetes de moscos). Manos y pies con presencia de resequeidad y aspereza.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: Cavidad bucal con ligera palidez y resequeidad de mucosa, no presenta lesiones visibles, mala higiene dental y de cavidad en general.

Características de uñas/cabello: Uñas amarillas, largas, sucias, con llenado capilar a 2 segundos y lechos ungueales pálidos.

Cabello delgado, quebradizo, sucio y desaliñado. Resequeidad de cuero cabelludo con presencia de caspa y caída de cabello.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Paciente alerta, pupilas isocóricas (del mismo tamaño), agudeza visual disminuida y adecuada función auditiva. Gesticulación y sensibilidad facial conservada. Presenta mala posición al estar sentada, con cabeza baja, cuello cilíndrico y hombros caídos.

Extremidades superiores y pélvicas con fuerza muscular disminuida. En pie derecho con pérdida parcial de sensibilidad y llenado capilar a 3 segundos, con discreto edema.

En región plantar se observa ulcera de aproximadamente un centímetro de diámetro y profundidad con necrosis periférica, secreción purulenta, enrojecimiento y calor a la palpación.

Marcha no valorable.

Aspecto de los dientes y encías: Presenta mala higiene bucal, halitosis, dientes separados y con sarro, ausencia de un molar, tres molares con caries profunda, encías inflamadas con discreta palidez y resequeidad. No existe presencia de lesiones.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Presenta úlcera en la planta de pie izquierdo de hace aproximadamente 2 años de evolución, pequeñas cicatrices café en ambas manos y una pierna. Muñón con herida quirúrgica limpia, bien afrontada en adecuado estado de cicatrización. Presencia de herida por cesárea con cicatrización queloide.

Otros: Refiere no tener ingresos económicos propios por lo tanto, come para lo que le alcance el dinero que le mandan sus hermanas de Estados Unidos.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Refiere defecar una vez al día o una vez cada tercer día.

Características de las heces/orina/ menstruación: Refiere heces secas, duras y en forma de bola. Orina color amarillo, espumoso y con mal olor. Menstruación regular con duración de tres días cada 30 de cada mes, con presencia de cólicos

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Niega hemorragias y enfermedades renales. Refiere haberse tomado estudios antes de la cirugía de pierna, informándole su médico tratante de resultados de laboratorio favorables.

Uso de laxantes: Niega tomar medicamentos laxantes, sin embargo come ciruelas pasas (aproximadamente 8 ciruelas en un día) cuando se siente mal por no poder defecar, refiere sentir mucha mejoría con el consumo de ciruelas.

Hemorroides: Niega hemorroides y sangrado al defecar.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: Comenta que al defecar presenta dolor en el recto por las heces duras. Refiere dolor tipo cólicos en periodos de menstruaciones. Refiere enfermarse de las vías urinarias aproximadamente 1 vez cada 2 meses con presencia de fiebre y dolor al orinar.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Refiere heces líquidas cuando se encuentra con mucho estrés o preocupación,

recuperándose en 1 a 2 días sin necesidad de tomar medicamentos.

Datos Objetivos:

Abdomen, características: Abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida (1 en tres minutos). A la palpación presenta discreto dolor en epigastrio (refiriendo de tipo ardoroso).

Ruidos intestinales: Presenta ruidos intestinales disminuidos a razón de uno en tres minutos.

Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa vejiga urinaria ni tampoco se identifican masas en región vesical.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Refiere que se adapta a los diferentes cambios de temperatura, sin embargo prefiere el clima cálido.

Ejercicio, tipo y frecuencia: Refiere nunca haber practicado ningún tipo de ejercicio y menos ahora que ya no puede por la amputación de su pierna.

Temperatura ambiental que le es agradable: Refiere que no le gusta mucho el frío por lo que prefiere el clima con temperatura cálida.

Datos Objetivos:

Características de la piel: Piel delgada, con discreta palidez, arrugas y resequedad, manchas color café en brazos y piernas. Manos reseca y ásperas. Manos y pie con deshidratación y aspereza.

Transpiración: Se observa piel reseca, a excepción de rostro que se ve húmedo y con brillo.

Condiciones del entorno físico: Vive en casa propia, cuenta con los servicios básicos de agua entubada, energía eléctrica, fosa séptica y teléfono. Casa con dos plantas, aplanada, pintada, piso con loseta, patio amplio al frente y trasero.

El interior de la casa se encuentra fresco, con pintura deteriorada, loseta en malas condiciones, escalones despostillados, muebles desgastados, desorden y malas condiciones de higiene.

En el exterior se observa piso de tierra en desnivel, con hierba, cacharros y

basura.

Otros: No cuenta con accesorios para su estado de salud como agarraderas en recamara, baños ni escaleras, tampoco cuenta con rampas para facilitar el desplazamiento en silla de ruedas del paciente. Cuenta con una silla de ruedas y un par de muletas para desplazarse.

Refiere que no es común que sude, sin embargo, informa que cuando se le baja la glucosa presenta sudoración intensa, y para regularse toma refresco, dulces o galletas.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Refiere no tener fuerza suficiente en las extremidades, sin embargo puede aguantar su propio peso para moverse de la cama a la silla de ruedas o a la sala, abrir el refrigerado, preparar algunos alimentos, comer por sí sola y bañarse.

Refiere miedo de deambular con muletas ya que no quiere apoyarse mucho en el pie izquierdo por la úlcera que tiene en la región plantar.

Comenta que no tiene problemas para moverse, puede doblar las extremidades y girar cintura, tronco, brazos, dedos y cuello.

Pasa el día entero dentro de su casa viendo televisión, sentada en la sala, en la silla de ruedas o acostada.

Actividades en el tiempo libre: Refiere pasar todo el día sentada o acostada, viendo televisión o durmiendo. Arregla sus prendas personales para no aburrirse y cocina cuando se siente con ánimos. En ocasiones corta tela para hacer ropita para su nieto que va a nacer.

Hábitos de descanso: Refiere descansar todo el día en su casa, no puede salir de ella porque no hay rampas para desplazarse al patio.

No tiene hora para dormir ya que en ocasiones no tiene sueño porque ya tomo una siesta por la tarde.

Frecuentemente (4 días) toma siestas en las tardes por periodos cortos de media

a una hora.

Hábitos de trabajo: No puede trabajar.

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Presenta movimientos de cintura hacia arriba coordinados. Marcha no valorable, sin embargo, al solicitar la deambulación con muletas, se muestra vacilante, con mala postura y estabilidad.

Miembros exteriores con fuerza disminuida. Al mantenerse sentada, no hay buena alineación, mantiene postura encorvada, hombros encogidos, cabeza baja la mayor parte del tiempo.

Presenta buena flexión y rotación de cadera, cuello y extremidades.

A la auscultación y palpación se encuentra abdomen plano, blando, depresible, con discreto dolor a la palpación, peristalsis presente (1 en 3 min.).

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Se observa hipotrofia muscular generalizada, flexibilidad a la exploración y movimientos de articulaciones. Presenta resistencia débil a la aplicación de fuerza o maniobras.

Posturas: Marcha no valorable.

Presenta mala alineación corporal, mantiene la mayor parte del tiempo la cabeza baja. A la valoración de equilibrio con muletas, presenta mala postura, alineación corporal y mala estabilidad, vacilante y debilidad general.

Al mantenerse sentada, no hay buena alineación, mantiene postura encorvada, hombros encogidos, cabeza baja la mayor parte del tiempo.

Necesidad de ayuda para la deambulación: Se observa necesidad de ayuda para deambular ya que se siente débil e insegura y se muestra vacilante al colocarse de pie con las muletas.

Dolor con el movimiento: Refiere dolor en axilas cuando se levanta y se apoya en las muletas.

Presencia de temblores: Se muestra insegura al permanecer de pie con muletas, no hay presencia de temblores.

Estado de conciencia: Paciente consciente y orientado en las tres esferas (persona, tiempo y espacio).

Estado emocional: Aparentemente se muestra tranquila y relajada, sin embargo, al platicar de sus miedos y preocupaciones, se le ve el rostro triste y llora por su estado de salud actual.

Otros: Paciente que a las entrevistas se muestra triste por su estado actual de salud, el verse limitada en movimiento para deambular la deprime y llora. Blasfema contra Dios y luego se arrepiente.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: No tiene horario de descanso, en ocasiones se acuesta para dormir a las 8 pm pero no se puede dormir hasta ya muy tarde, 1 o 3 am. Refiere que se ha quedado despierta toda la noche en ocasiones porque no puede dormir.	Horario de sueño: Refiere ser variable, tiene frecuentemente insomnio.
Horas de descanso: Descansa frecuentemente por las tardes aproximadamente una hora.	Horas de sueño: Es variable de 4 a 6 horas durante la noche.
Siesta: Una hora aproximadamente y frecuentemente por las tardes (4 a 6 días por semana).	Ayudas: Refiere no tomar ningún medicamento o remedios para dormir.
Insomnio: Refiere que por las noches se deprime y eso le provoca insomnio.	Debido a: Preocupación por su estado actual de salud, por no poder trabajar y por ende la falta de dinero para satisfacer sus necesidades. Desesperación por estar en silla de ruedas y no poder moverse libremente a causa de la amputación de su pierna.
Descansado al levantarse: Refiere que en las mañanas y durante el día, frecuentemente se siente cansada y somnolienta, es por ello que toma siestas por las tardes.	

Datos Objetivos:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: Paciente que se muestra tranquila aparentemente durante la entrevista, buena lucidez, con lenguaje claro y directo.

Ojeras: No presenta ojeras.	Atención: Presenta buena atención, concentración y muestra buen entendimiento.
Bostezos: No presenta bostezos durante las entrevistas, sin embargo, en ocasiones se le ve el rostro cansado	Concentración: Se observa concentración adecuada e interés en la entrevista.
Apatía: Se muestra interesada y participativa en la entrevista y ejercicios realizados.	Cefaleas: Se refiere asintomática al momento, pero comenta que presenta dolor de cabeza al menos una vez por semana.
Respuesta a estímulos: Los ruidos o gritos fuertes le molestan, se muestra desesperada y reacciona de manera agresiva cuando su nieto corre, grita y tira cosas en la sala.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Refiere que no influye su estado de ánimo, más bien, usa ropa que se adapte a su estado de salud, ropa cómoda y holgada que le permita moverse libremente.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Refiere no tener mucha ropa de vestir ni a donde ir ya que no puede salir por sí sola a la calle, depende de alguien más para hacerlo. En casa solo viste playeras, pants, shorts y sandalias para andar cómoda. Comenta que hay días en que no tiene ánimo para arreglarse por lo que viste lo primero que encuentra.

Antes de que le fuera amputada su pierna, le gustaba ir a la iglesia y arreglarse, usaba vestidos, faldas, blusas y zapatos o botas. Ahora no puede ir a la iglesia ni vestir eso ya que refiere vergüenza para salir a la calle (además de que no puede) y que la vean sin una pierna.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: Se refiere de religión cristiana y manifiesta que sus creencias no le impiden vestir de alguna forma en específico, sin embargo, comenta que para acudir a su iglesia no es conveniente para las mujeres entrar vestida con pantalones o short.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No necesita ayuda para la selección ya que sus cosas las tiene a su alcance o altura porque sus muebles

son chicos, un tocador, un ropero y cajoneras.

Ella misma dobla su ropa y la cuelga. Lo que si le es más complicado es agacharse al piso por sus sandalias, refiere que se pasa a la silla de ruedas y posteriormente con las muletas las saca ya que no puede agacharse porque siente debilidad en la pierna para doblarse y levantarse sola.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Usualmente viste playeras, pants, tenis o sandalias ya que es más cómodo y fácil para ella.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Paciente consciente y orientada, presenta movimientos gruesos y finos coordinados para vestirse y desvestirse. Buena capacidad para coordinar sus movimientos con las ideas.

Vestido incompleto: Presenta vestuario completo, en su caso, ropa interior y exterior. Prendas de acuerdo al clima, abrigada o ropa ligera.

Sucio: Presenta prendas de vestir sucias y con mal olor.

Inadecuado: Presenta vestuario adecuado al clima en que se encuentra y a la ocasión.

Otros: Paciente que se encuentra incapacitada para realizar actividades como lavar su ropa o asear su casa ya que su intervención quirúrgica es reciente y manifiesta miedo de levantarse con muletas y caer.

Actualmente acuden vecinos y familia política a su casa para ayudarle con el aseo personal, de la casa y con el lavado de ropa de vestir y de cama.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: Comenta que se baña de dos a tres veces por semana ya que no siempre tiene a alguien quien le ayude a calentar el agua y arreglársela en el baño.

Momento preferido para el baño: Informa que prefiere el baño después de medio día ya que es la hora cuando hace más calor.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Refiere que se lava los dientes una

vez al día, sin embargo hay días completos en que no se lava por falta de ganas o por no poder entrar al cuarto de baño para asearse.

Aseo de manos antes y después de comer: No siempre tiene agua disponible para realizarse aseo ni antes ni después de comer. En ocasiones cuando hay visitas en casa y le ofrecen comer, también le proporcionan jabón y agua, sin embargo, no siempre hay alguien que le ayude a asearse a la hora de comer.

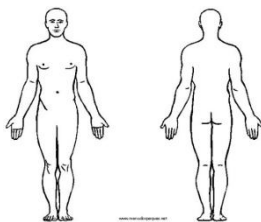
Después de eliminar: Refiere lavado de manos después de cada eliminación.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: Comenta que sus creencias religiosas no limitan sus hábitos de limpieza, más bien es la discapacidad que le limita realizar muchas actividades cotidianas.

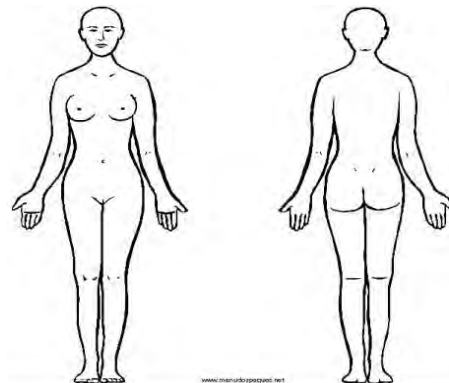
Datos Objetivos:

<p>Aspecto general: Se observa aspecto general descuidado, desaliñada, con ropa arrugada y la mayoría de las veces con mal olor.</p>	
<p>Olor corporal: Generalmente se percibe olor a sudoración y a ropa sucia</p>	<p>Halitosis: Halitosis presente con mala higiene bucodental.</p>
<p>Estado del cuero cabelludo: Cuero cabelludo reseco, con presencia de caspa, sucio y con mal olor.</p>	
<p>Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): Presenta cicatrices de color cafés en brazos y piernas. Úlcera de aproximadamente un centímetro de diámetro y profundidad en pie izquierdo. Herida quirúrgica en extremidad pélvica derecha por amputación de miembro.</p>	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Tiene dos hijos casados y una hija divorciada. El hijo mayor vive en la misma casa de la mamá, en el segundo piso con su esposa (actualmente embarazada), sin embargo comparten los tres el mismo baño, el cual se encuentra en la parte de abajo, en la sala de la paciente.

La hija dos actualmente divorciada vive frente a la casa de su mamá en un terreno independiente con un hijo de cuatro años de edad. El hijo menor vive en otro municipio con su esposa e hija de seis meses de edad.

Cómo reacciona ante situación de urgencia: Ante situaciones de urgencia llama por teléfono a la abuelita de sus hijos (la suegra), quien acude ante el llamado a su casa.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si conoce algunas medidas de prevención.

Hogar: En el hogar sabe que es peligroso que el piso se encuentre mojado, que debe guardar objetos cortantes, tóxicos, o tener precaución con alimentos calientes o con la plancha.

Trabajo: Actualmente desempleada, sin embargo trabajó mucho tiempo en talleres de costura y confección. Refiere que como medidas de prevención usaba lentes para trabajar.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Refiere que por su enfermedad (Diabetes Mellitus Tipo 2) acudía a sus citas al hospital para su control y tratamiento. Sin embargo, desde que le fue amputada la pierna, no ha podido acudir al hospital a seguimiento ya que depende de alguien para que la lleve y su hijo mayor quien vive en su casa no tiene tiempo para llevarla porque trabaja.

Familiares: Cada miembro de la familia atiende sus necesidades personales de salud.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Refiere que se desahoga de momentos de tensiones o enojo, gritando, reclamando o llorando, en otras ocasiones cuando puede y tiene a alguien cerca (visitas o familiares) les cuenta sus preocupaciones, miedos o molestias contra sus hijos o contra la misma enfermedad o discapacidad. Por otro lado, comenta que también lee la biblia para tranquilizarse y ora a Dios pidiendo que le de fuerza y paciencia para

aguantar los problemas y su estado de salud.

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: Se observa paciente sin deformidades congénitas.

Condiciones del ambiente en su hogar: El hogar se encuentra en malas condiciones de higiene, en el interior se ven objetos en el suelo y utensilios de cocina y de arreglo personal fuera de su lugar.

El exterior de la casa se encuentra hierba alta, basura, escalones flojos y piso de tierra en desnivel.

Trabajo: No trabaja.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Divorciada.	Años de relación: 18 años de casada.
Viven con: Vive en una casa de dos pisos, ella ocupa la parte baja y en la parte superior vive su hijo mayor con su esposa.	Preocupaciones / estrés: Refiere que una de sus mayores preocupaciones es su nieto de cuatro años de edad y le estresa el no poder trabajar para cubrir sus necesidades básicas.
Familiar: Comenta preocuparse mucho por su nieto ya que dice que es grosero porque su mamá no lo atiende adecuadamente y lo trata mal.	
Otras personas que pueden ayudar: Refiere que su apoyo principal son sus dos hermanas, la familia política, vecinos, y algunos miembros de su iglesia a la que pertenece.	
Rol en estructura familiar: Refiere que siente que es un estorbo para sus hijos porque no aporta apoyo económico para su casa y ahora ya no puede ni ayudar en las labores domésticas.	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Informa que no puede valerse por sí sola y a causa de ello se pasa todo el día metida en su casa y con muchas limitaciones, que siente que es una carga para su hijo quien vive	

con ella y que se desespera por no poder valerse por sí misma.

Cuanto tiempo pasa sola: Refiere que pasa la mayor parte del tiempo sola, ya que su hijo y esposa casi no bajan a hacerle compañía y las visitas no están mucho tiempo su casa.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes del trabajo: No trabaja. Comenta que a la semana recibe al menos 5 visitas, ya sea de sus vecinos, compañeros de la iglesia o familiares políticos.

Datos Objetivos:

Habla claro: Se expresa con claridad de ideas y fluidez.

Confuso: No muestra confusión durante la entrevista ya que la información que otorga es congruente con lo solicitado.

Dificultad en la visión: Presenta agudeza visual disminuida.

Audición: Presenta adecuada función auditiva, durante la entrevista responde a las interrogantes sin mostrar problemas auditivos.

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

Se percibe mala comunicación con sus hijos. Refiere que ellos no la apoyan y que siente que la ven como una carga.

Mantiene buena comunicación con sus vecinos y familiares políticos.

Otros: Mantiene comunicación por vía telefónica con sus hermanas quienes se encuentran en Estados Unidos.

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Se refiere de religión cristiana.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: Refiere que sus creencias religiosas no le generan ningún conflicto personal.

Principales valores en la familia: Comenta que es importante el amor y el apoyo familiar.

Principales valores personales: Refiere principalmente el apoyo y la

solidaridad.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Refiere que tiene dos hermanas en Estados Unidos de quien recibe apoyo económico frecuentemente. Se apoyan entre ellas y se visitan en cuanto es posible.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): Anteriormente asistía a la iglesia con vestido o falda, refiere que no es bien visto que las mujeres utilicen dentro de la iglesia ropa de hombre como pantalones o shorts.

Tampoco utiliza aretes, collares o pulseras ya que eso se encuentra prohibido dentro de su religión.

Permite el contacto físico: Si permite el contacto físico, se muestra tranquila y cooperadora cuando se le revisa o se palpa alguna parte de su cuerpo. Al mostrarle afecto por medio de un abrazo, lo acepta y se muestra sentimental.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Dentro de su arreglo personal no porta ningún objeto indicativo de determinados valores o creencias, sin embargo en su casa tiene cerca de su cama o sala una biblia que dice leer para sentir paz y tranquilidad.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: No trabaja desde hace aproximadamente tres años, que llegó de Estados Unidos.	Tipo de trabajo: Actualmente no trabaja. Anteriormente trabajaba en talleres de costura de corte y confección.
Riesgos: El mayor riesgo que tenía en su trabajo era lastimarse los dedos con las máquinas de costura y agujas.	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: Actualmente no trabaja.
Está satisfecho con su trabajo: Actualmente no trabaja y no está satisfecha con el estilo de vida actual.	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Actualmente no trabaja y no cuenta con ingreso propio, sus hermanas, ex suegra y algunas personas de su iglesia le ayudan frecuentemente con	

dinero, lo cual le ayuda a cubrir algunas necesidades.

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Refiere que no está satisfecha con su rol familiar ya que le gustaría trabajar porque no siempre tiene dinero para satisfacer sus necesidades y no le gusta estar todo el día en su casa.

Datos Objetivos:

Estado emocional:
calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico

Aparentemente es una persona tranquila, sin embargo cuando habla de no poder trabajar por su discapacidad, sube el tono de voz y se muestra molesta y desesperada. Al platicar de la falta de apoyo por parte de sus hijos, se molesta fácilmente y habla mal de ellos.

Paciente con estado emocional temeroso e irritable al hablar de sus limitaciones, no le gusta estar en esa situación y reniega contra Dios por su estado de salud.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Comenta que regularmente pasa el día viendo televisión, durmiendo o haciendo actividades de arreglo de la casa. Últimamente realiza corte de telas para hacer ropita para su nieto que está próximo a nacer.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Influye el estrés en la realización de corte de tela para hacer ropa ya que comenta que cuando se encuentra enojada, deprimida o estresada por alguna situación, no le dan ganas de hacer otra cosa más que ver tele o dormir.

Recursos en su comunidad para la recreación: Refiere que no hay recursos para la recreación en su comunidad, solo en las localidades vecinas.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Refiere que participaba en eventos de su religión, como campamentos, reuniones para clases de cocina, bordado y manualidades.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Paciente orientada en las tres esferas

(persona, tiempo y espacio), extremidades con disminución de fuerza muscular y musculatura pequeña.

Presenta adecuada coordinación entre pensamientos con acciones deseadas y realizadas, buena flexión y rotación de miembros exteriores, tronco, cabeza y cuello, así como de articulaciones.

Vista disminuida y audición sin compromiso.

Presenta mala postura al permanecer sentada y debilidad e inseguridad al ponerse en pie con muletas.

Rechazo a las actividades recreativas: No se muestra muy interesada en participar actualmente en actividades recreativas ya que comenta que le da vergüenza salir a la calle y que la vean en esas condiciones de salud y que le es difícil realizar muchas actividades.

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Presenta estado anímico triste, aburrido y con pensamientos negativos hacia su persona. Se ve desesperada y molesta al no poder moverse como antes.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Primaria terminada.

Problemas de aprendizaje: Refiere no tener problemas para aprender cosas, le gusta mucho leer la biblia.

Limitaciones cognitivas: A la interrogación, aparentemente no se identifican alteraciones cognitivas.	Tipo: Ninguna.
--	-----------------------

Preferencias. Leer/escribir: Refiere que le gusta mucho leer la biblia.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: No conoce fuentes de apoyo en su comunidad.

Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: No conoce las fuentes de apoyo.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Muestra interés en el aprendizaje para resolver sus problemas de salud.

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Pupilas isocóricas, buena capacidad auditiva, agudeza visual disminuida, gesticulación conservada, extremidades con disminución de tono y fuerza muscular.

Buena coordinación de movimientos, flexión y rotación de extremidades, cabeza, cuello, tronco y articulaciones en general. Mala postura corporal, mantiene cabeza baja, hombros caídos y espalda encorvada.

A la exploración y auscultación se encuentran campos pulmonares limpios, buena entrada y salida de aire; abdomen plano, depresible, con discreto dolor en epigastrio, ruidos peristálticos disminuidos a razón de 1 en tres minutos.

Organos de los sentidos: Presenta buena capacidad auditiva, agudeza visual disminuida, identifica buenos y malos olores, refiere en ocasiones no sentir buen sabor a los alimentos. Los receptores del tacto en manos y pies se encuentran disminuidos, presenta mayor o buena sensibilidad en el resto de la piel.

Estado emocional ansiedad, dolor: Presenta estado anímico triste, ansiedad, desesperación y desesperanza por su estado actual de salud.

Presenta y refiere pensamientos suicidas por la incertidumbre de no poder trabajar y percibir ingresos económicos, por no poder moverse libremente y por permanecer todo el día en casa sin muchas opciones de distracción.

Memoria reciente: Se observa buena memoria reciente, recuerda datos precisos del día o días anteriores y memoriza palabras.

Memoria remota: Recuerda y cuenta información personal y familiar de cuando era pequeña, tiene presente datos relevantes de su vida, como el nacimiento de sus hijos, su boda, reuniones familiares, además recuerda con precisión disgustos fuertes que ha vivido.

Anexo 2. La Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus representa un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o la acción de la insulina. (Rosas, J.; Lyra R.; Cavalcanti, N. 2009).

La hiperglucemia está frecuentemente acompañada por dislipidemia, hipertensión arterial y disfunción endotelial. Las consecuencias, en el largo plazo, de esa enfermedad son el resultado de alteraciones micro y macrovasculares, que pueden llevar a la disfunción de varios órganos, como los ojos, los riñones, los nervios, corazón y los vasos sanguíneos.

Las complicaciones crónicas incluyen la retinopatía, con potencial pérdida visual; nefropatía, con posibilidad de evolución hacia una insuficiencia renal; neuropatía periférica, con elevación progresiva en el riesgo de formación de úlceras en los pies del paciente diabético, amputaciones y artropatía de Charcot; neuropatía autonómica, con síntomas gastrointestinales, genitourinarios, sexuales y cardiovasculares y finalmente, enfermedades aterotrombóticas, con compromiso cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférico.

La variación en el desarrollo y en el tipo de Diabetes Mellitus es una consecuencia de una serie de mecanismos patogénicos, que incluyen desde la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas hasta las anomalías en la acción o resistencia periférica a la acción de la insulina.

Los síntomas resultantes de hiperglucemia acentuada incluyen la pérdida de peso (algunas veces con polifagia), poliuria y polidipsia. Puede existir susceptibilidad a determinadas infecciones y recurrencia de las mismas.

Rosas, J.; Lyra R.; Cavalcanti, N. (2009), clasifica a la Diabetes Mellitus en:

1. Diabetes Mellitus Tipo 1

Corresponde del 5 al 10 % de los casos de diabetes y resulta primariamente de la destrucción celular autoinmune de las células beta pancreáticas. En algunos casos, el cuadro autoinmune no se detecta y la destrucción pancreática no tiene causa conocida. Los individuos que presentan una mayor propensión para desarrollar la enfermedad pueden ser identificados a través de pruebas serológicas que indican un proceso autoinmune en las células beta, así como a través de marcadores genéticos.

La Diabetes Mellitus Tipo 1 presenta déficit absoluto de secreción de insulina, siendo el diagnóstico inmediato después de su instalación y siendo frecuentemente observada en niños y adolescentes, aunque también puede empezar en la edad adulta. Niños y adolescentes se destacan entre el grupo de pacientes que pueden presentar como primera manifestación de enfermedad la cetoacidosis diabética. En esa forma de diabetes, la tasa de destrucción de las células beta pancreáticas es muy variable, siendo rápida en gran parte de los pacientes (especialmente en niños y adolescentes) o incluso lenta en otros (especialmente entre los adultos).

La evidencia de autoinmunidad a través de la investigación de anticuerpos antiislotes u otros autos anticuerpos, como por ejemplo, los antidescarboxilasa del ácido glutámico (GAD) y antiinsulina, contribuye para establecer el diagnóstico y la clasificación de la enfermedad. Cuando existe positividad en esa prueba, la enfermedad se clasifica como Diabetes Mellitus Tipo 1 A. pacientes que presentan cuadro clínico de diabetes derivado de la destrucción de las células beta pancreática, aunque sin evidencia de agresión inmune o de algún proceso conocido de agresión pancreática, son portadores de diabetes mellitus tipo 1B o idiopático.

2. La Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 es el resultado, en general, de grados variables de deficiencia relativa de secreción y resistencia insulínicas. El diagnóstico en la mayoría de los casos, se hace a partir de los cuarenta años de edad, aunque puede ser más temprano, incluso durante la adolescencia.

Es responsable por 90 a 95 % de todos los casos de Diabetes Mellitus. La mayoría de sus portadores presenta sobrepeso u obesidad, lo que de por sí sola ya causa algún grado de resistencia insulínica. Incluso pacientes no obesos según los criterios ponderales tradicionales pueden presentar una elevada deposición de grasa abdominal, la cual, a la vez, lleva una mayor tendencia a la resistencia a la insulina.

La complicación aguda de mayor incidencia en estos pacientes es el estado hiperosmolar no cetósico. No obstante, sobre todo en presencia de infecciones graves, puede existir como complicación una cetoacidosis diabética. Al menos inicialmente, los pacientes con DM2 no necesitan hacer uso de la insulina para sobrevivir. Existen varias y diferentes causas para esa forma de diabetes. Aunque la etiología específica no sea totalmente conocida, no hay destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas. Esta forma de DM usualmente permanece sin el debido diagnóstico durante muchos años, dado que su evolución es lenta y gradual, con síntomas inicialmente leves o imperceptibles.

A pesar de su lenta evolución, esos pacientes presentan un elevado riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares. Este tipo de DM ocurre principalmente en pacientes con sobrepeso u obesidad, con historia de MD2 y de diabetes gestacional, y entre los portadores de hipertensión o dislipidemia.

3. Otros tipos específicos de Diabetes

Incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de las células beta como las formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the Young);

otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma). También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, lasparagina, interferón alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y finalmente, algunas enfermedades como los Síndromes de Down, kleinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias.

4. La Diabetes Mellitus Gestacional

Se trata de una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, presentando una magnitud variable, diagnosticada por primera vez durante la gestación, pudiendo o no persistir después del parto. Congrega los casos de MD y de tolerancia disminuida a la glucosa detectados en el embarazo. Es un cuadro presente en aproximadamente 4 % de todas las gestaciones en Estados Unidos, resultando en alrededor de 135 mil casos por año. El deterioro glucémico ocurre usualmente a partir del tercer trimestre de embarazo. Lerman, I. (2011).

Diagnóstico Precoz y Rastreo

El rastreo masivo (población general) no está recomendado. Debe hacerse selectivamente en las siguientes poblaciones:

Personas con 45 años de edad o más: cada tres a cinco años, utilizándose la glucemia plasmática en ayunas.

Se recomienda el rastreo más frecuente (uno a tres años) o más temprano (antes de los 45 años).

El rastreo anual, o incluso más frecuente, está recomendado en las siguientes condiciones:

Glucemia de ayunas alterada o tolerancia disminuida a la glucosa (anual en caso de sospecha de Diabetes Mellitus Tipo 2 y más frecuentemente para Diabetes Mellitus Tipo 1); presencia de complicaciones compatibles con Diabetes Mellitus; Hipertensión Arterial y Enfermedad Coronaria. (Rosas, J., Lyra R., Cavalcanti, N. (2009)).

Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y los nervios.

Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente económicos. El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran:

El control moderado de la glucemia. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina y los pacientes con diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina; el control de la tensión arterial; los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son: las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera); el control de los lípidos de la sangre (reducción de la concentración de colesterol) y la detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.

Prevención

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida, son eficaces para prevenir la Diabetes de Tipo II o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la Diabetes Mellitus de tipo II y sus complicaciones se debe alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo

físicamente (al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana), consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, así como evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.