

00903



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CASO CLINICO Y PLAN DE ATENCION A
PACIENTE CON ENF. PARKINSON, DEMENCIA
Y SINDROME DE INMOVILIDAD.**

292836

TRABAJO RECEPCIONAL

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA DEL ANCIANO**

PRESENTA:

LIC. ENF. VIRGINIA REYES AUDIFFRED

ASESORA: DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

ASESOR METODOLOGICO: MTRA. TERESA SANCHEZ



**ENEEO-UNAM
DIVISION DE ESTUDIOS
POSGRADO**



MEXICO, D. F.

2001



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.

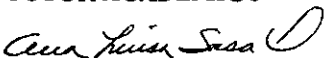
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**

**CASO CLINICO Y PLAN DE ATENCION A PACIENTE CON ENF. PARKINSON,
DEMENCIA Y SINDROME DE INMOVILIDAD.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL
ANCIANO**

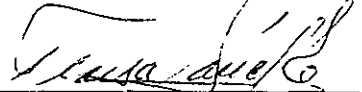
**PRESENTA :
LIC. VIRGINIA REYES AUDIFFRED.**

TUTOR ACADEMICO



DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

ASESOR METODOLOGICO



MTRA. TERESA SÁNCHEZ

México, D.F. Enero 2001.

DEDICATORIAS

A MIS HIJOS

Con amor y cariño.
Por ser el motivo de mi
superación académica.

A MIS PADRES

Como un atributo a su esfuerzo
Por orientarme hacia una vida
útil y progresista.

A MI ESPOSO

Por su apoyo y confianza
brindada durante la realización
de mis estudios.

A MI SUEGRA

Por su valioso apoyo y ayuda
moral en la realización de mis
estudios.

INDICE	Pag.
I.- INTRODUCCIÓN.	4
II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.	6
III.- DESCRIPCIÓN DEL CASO	7
IV.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.	
4.1 Filosofía, modelo y teoría de Enfermería.	9
4.2 Aplicación del Proceso Atención de Enfermería y Modelo de Virginia Henderson.	17
4.3 El cuidador.	31
4.4 Enfermedad de Parkinson.	34
4.5 Demencia.	38
4.6 Hipotiroidismo.	43
4.7 Inmovilidad	45
V.-HALLAZGOS DEL ESTUDIO DE CASO	
5.1 Instrumento de Valoración de Enfermería.	54
5.2 Plan de Atención de enfermería.	75
5.3 Conclusiones.	85
5.4 Sugerencias.	88
VI- ANEXOS.	89
VII.-BIBLIOGRAFÍA.	102

I.- INTRODUCCION.

La enfermedad de Parkinson junto con la demencia representan las alteraciones neuropsiquiátricas más graves e incapacitantes y las que mayor gasto económico y social van a originar en la población mayor de 64 años (Gestalt, 1988). Las repercusiones de estas enfermedades no solo se centran en los pacientes, sino que inciden directamente sobre el medio familiar y social muy desfavorablemente, originando un grave deterioro del mismo por lo que a futuro esto representará un problema de importante magnitud en el país.

Todo lo anterior se ve reflejado en este caso clínico que para fines de obtención del diploma como enfermera especialista en anciano es presentado en este documento.

En la primera parte se presenta la descripción cronológica de al Sra. C. G., que en este caso clínico representa la unidad de observación.

En la parte que sigue se presenta información acerca de lo que es una teoría y modelo de enfermería ya que toda actividad de enfermería, es importante ser desarrollada desde un enfoque científico que ayude a describir, explicar y predecir el fenómeno en estudio, constituyendo así una herramienta indispensable para el mejor desempeño de las actividades propias de la profesión.

El modelo elegido para el desarrollo del presente trabajo es el de Virginia Henderson, sin embargo todos los conocimientos de enfermería al tratar de aplicarlos deben ser sometidos a un proceso científico riguroso que permita realizar la planificación de cuidados orientados a la calidad, individualización y la continuidad, por lo que el proceso científico del que se vale la enfermera, es el proceso atención de enfermería, que consta de cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En cada etapa se describe integrando los elementos del modelo de Virginia Henderson y los específicos para su operacionalización en el adulto mayor. También se presenta el instrumento de valoración aplicado a la paciente del caso en estudio, construido bajo el enfoque del modelo de Virginia Henderson, así como también las escalas de valoración

geriátrica validadas mundialmente como: Marcha y balance (Tinetti, 1986), Actividades de la vida diaria (Katz, 1963), Actividades instrumentales (Lawton, 1969) Minimal (Folstein, 1975) y Depresión Geriátrica (Yevasage, Brink, Rose, et al., 1983) con todos estos instrumentos se realiza una valoración geriátrica completa a partir de la cual se identifica las 14 necesidades del anciano.

A continuación se presenta una revisión de la bibliografía referente a demencia, enfermedad de Parkinson; síndrome de inmovilidad e hipotiroidismo, así como también de cuidador primario, todo esto con el fin de tener el fundamento teórico que apoyen las intervenciones de enfermería en las diferentes etapas del Proceso Atención de Enfermería. El cuidador primario en el presente trabajo constituye una persona clave, ya que el estado de salud de la paciente se encuentra muy deteriorado ocasionando dependencia total en todas las actividades de la vida diaria.

Una vez recopilada la información en el instrumento de valoración de enfermería, se elaboro un cuadro de concentración, en donde se presenta por cada necesidad los problemas de dependencia identificados, para después estructurar los diagnósticos de enfermería, que marcaron la pauta para la elaboración del plan de atención de enfermería presentado.

En la parte final del trabajo se presenta un apartado de anexos, en el cual se incluyen todos los instrumentos de valoración aplicados a la paciente.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

Promover, mantener y mejorar el estado de salud de un paciente con enfermedad de Parkinson, demencia, inmovilidad, hipotiroidismo y deficiencia nutricional.

Orientar a la familia y cuidador primario para potencializar al máximo las capacidades del adulto mayor y lograr la independencia del paciente en la satisfacción las 14 necesidades y con ello mejorar su calidad de vida.

Aplicar la metodología del proceso Atención de enfermería en la atención especializada e individualizada a un paciente con Enfermedad de Parkinson, demencia, inmovilidad, hipotiroidismo y deficiencia nutricional, bajo la teoría de Virginia Henderson.

Estructurar los diagnósticos de enfermería bajo la técnica PES, utilizando la lista de etiquetas diagnósticas aprobadas por la NANDA.

III.- DESCRIPCIÓN DE CASO.

Se trata de Sra. Carmen Gavito, femenina de 89 años de edad con la siguiente evolución cronológica de la poli-patología:

- 1975. Se diagnosticó Hipertensión Arterial
- 1976. Posterior a la muerte de su esposo, presenta cuadro depresivo y molestias de ciática.
- 1980. Problemas de artritis reumatoide.
- 1981. Se diagnostica cataratas en ambos ojos.
- 1989. Fraquiectomía y colocación LIO, Sec. a Catarata en Ojo Izquierdo.
- 1991. Marzo. Disminución de la audición y visión, más al interrogatorio directo se encuentra ubicada en sus tres esferas.
- 1991. 5 abril. Fraquiectomía mas colocación del lente intraocular en Ojo Derecho.
- 1995. Dolor en región lumbosacra por artropatía degenerativa de columna cervical.
- 1995. 10 abril. Incoordinación motora en mano derecha de intención no puede tomar objetos. Marcha es con bastón “arrastra los pies”.
Vivía sola en su casa, independiente tanto en las actividades básicas como en las instrumentales.
- 1995. 7 noviembre. Recambio de lente intraocular por traumatismo ocular izquierdo. Posterior a la cirugía presenta alteraciones cognitivas y pérdida progresiva del estado de la atención y memoria de fijación, presenta periodos intermitentes de lucidez, así como alucinación visuales sin ideas de daño, lo cual le ocasiona deterioro en AVD y AVDI, posterior a esto ella regresa a vivir a su casa con una cuidadora por un tiempo, luego vive en casa de su hija con la cuidadora.
A partir de entonces sufre caídas repetitivas.
- 1996. Continúa con deterioro cognoscitivo progresivo.
- 1997. Agosto. Es asilada por presentar actitudes que ponen en peligro su vida y porque la cuidadora no cooperar con el cuidado de la paciente.

1997. Diciembre. Se cae y sufre fractura de fémur limitando enormemente su movilidad al grado de no caminar y con ello mayor deterioro en el estado cognitivo en cuanto a la memoria y la atención, más acentuada la atención pasiva que la activa. Regresa al asilo en donde sufre varios procesos infecciosos a diferentes niveles así, como es escaras.
1998. Abril. Ingres a Hospitalización, 3er. Piso del Hospital Español por neumonía basal, úlcera por presión en diferentes partes del cuerpo e inmovilidad.
18. Abril y Mayo. Las cifras del perfil tiroideo se encuentran anormales ($T_3T=0$, $T31=00$, $TSH=3.0$), por lo que se le diagnosticó hipotiroidismo, el cual se controla mediante la administración de EUTIROX $\frac{3}{4}$ c/24 hrs.
6. Mayo. La nota de Geriátria refiere marcado deterioro cognitivo, depresión severa y trastornos de la deglución.
12. Mayo. Ingres a sala uno de la unidad de transferencia geriátrica del Hospital Español.
29. Mayo. Presenta espasticidad de la articulación metatarso falángica y movimientos fino.
8. Junio. Presenta marcada rigidez de las extremidades.
24. Julio. Se diagnóstica Enfermedad de Parkinson por lo que se inicia la administración de Sinemet.
- 28-XI-98 Presenta un cuadro de pseudo obstrucción intestinal.

FUENTE: Expediente Clínico. Archivo del Hospital Español del México.

IV.-FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

4.1 FILOSOFIA, MODELO Y TEORIA DE ENFERMERIA.

Existen cuatro fenómenos; persona, entorno, salud y rol profesional (enfermería), también llamados metaparadigma de la enfermería es decir, “ Fenómenos abstractos y generales que proporcionan una perspectiva universal de la disciplina”.¹

Estos fenómenos son importantes ya que influncian y determinan la práctica de enfermería y su área de competencia.

Delimitando los fenómenos abstractos y generales en estos cuatro conceptos nucleares, varias enfermeras investigadoras centraron y siguen centrando sus esfuerzos en concretarlos para poder establecer las relaciones que existen entre ellos. Esto ha dado lugar a descripciones preteóricas denominadas marcos o modelos conceptuales.

Según Fawcett 1995 “Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos abstractos y proposiciones generales que proporcionan un marco de referencia o fenómeno dentro del dominio de indagación de una disciplina particular”.

Un modelo nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o algo de lo que sabemos poco por lo que se puede decir que un modelo es una simulación o una analogía que representa un objeto real.

Todos los modelos conceptuales configuran estructuras que constituyen un marco de referencia distintivo para su partidarios, indicándoles que deben observar, acerca de que deben hacer conjeturas determinando cómo debe ser contemplado el mundo y que aspectos del mismo deben ser tomados en consideración.

Los modelos conceptuales al tener conceptos y proposiciones sumamente abstractos y generales que no pueden ser directamente observables en el mundo real, al no estar

¹ .Fawcett, Modelos Conceptuales, Teorías e Investigación, p.101.

limitados a algún individuo, grupo, situación o acontecimiento concreto, resultan ineficaces para centrar y dirigir las investigaciones y proporcionar las fuentes de las cuales se derivan las teorías.²

Chin y Jacobs (1987) define la teoría como: “un conjunto de conceptos que resaltan una visión sistemática a fenómenos, designando interrelaciones específicas entre conceptos con el propósito de describir, explicar, predecir y/o controlar fenómenos”.³

Las teorías, lo mismo que los modelos conceptuales, están formados por supuestos, conceptos y proposiciones pero estudian los fenómenos con mayor concreción que los modelos conceptuales. Su especificidad requiere que sus conceptos y proposiciones sean menos abstractos y generales, siendo esto posible al estar ligados a individuos, grupos situaciones y acontecimientos particulares.

Los conceptos o construcción teóricas tienen un significado concreto al definirlos en términos operacionales, lo que permite determinar las formas en que el concepto va a ser medido.

Una vez que los conceptos se han definidos en términos operacionales, resulta posible relacionarlos entre sí, mediante proposiciones que pueden ser contrastados en la realidad para proceder a su verificación o reputación.

Una filosofía, un modelo y una teoría no es lo mismo. Una filosofía reúne las opiniones sobre los componentes de la ciencia que reflejan valores, creencia y metas por su naturaleza no pueden someterse a un análisis empírico, por lo que no se puede comprobar si es correcta.

Su aprobación dentro de una disciplina es la que resulta compartida por el mayor número de miembros.

Un modelo representa las relaciones entre los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería, pero escasamente describe el tipo de relación establecido, un modelo representa

² Ferrín, Enfermería Fundamental, p.155

³ . Chin y jacobs, Theory and Nursing, p.108

la realidad y su propósito es describirlo, mientras que la teoría usa conceptos abstractos mensurables y verificables para explicar esa misma realidad.

Virginia Henderson no intentó desarrollar ni un modelo, ni una teoría, por lo que su trabajo abarca solo su filosofía personal de la enfermería, que ha servido como trabajo introductorio para actuales teóricos de la enfermería que lo han seguido desarrollando a partir de sus escritos, por lo que actualmente en diferentes textos la filosofía de Virginia Henderson, la podemos encontrar ubicada tanto al nivel de modelo como teoría.

Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson se graduó en la Arma School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido de la 1^{ra}. Guerra Mundial. Henderson desarrolló sus ideas influida por su educación, práctica enfermera sus compañeras, estudiantes, profesores, colaboradores y líderes de su tiempo, en las áreas de fisiología, microbiología, psicología, patología, así como relación enfermera - paciente de Ida Orlando.

Una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.⁴

⁴ Pancoff, Cuidados de Enfermería, p.30

Henderson (1964), define los cuatro conceptos del metaparadigma como:

Enfermería: Es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de las actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o una muerte tranquila) y que él realizaría si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos y hacerlo de tal forma que le ayude a alcanzar la independencia lo antes posible.

Salud: No define el concepto pero lo equipará con la independencia ya que la considera en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que la calidad de salud mas que la vida misma es más importante

Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo.

Persona: Individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o muerte tranquila.

Henderson identifica 14 necesidades fundamentales en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas realidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y las modificaciones del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y la tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. comunicarse con los demás, expresando, las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.

12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁵

El modelo de Henderson basado en la satisfacción de las 14 necesidades tiene un elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Las 14 necesidades corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada.

V. Henderson vincula las 14 necesidades fundamentales con los 4 componentes del metaparadigma. Los cuidados básicos de enfermería, los considera como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas y son universalmente las mismas.

V. Henderson considera que la satisfacción de las 14 necesidades básicas del paciente abarcan todas las funciones posibles de la enfermería por lo tanto constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Y aunque todos los seres humanos tienen necesidades comunes varían constantemente por que cada cultura expresa las necesidades de manera distinta y cada individuo a su manera.

Según (Wensley 1995) Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Maslow de la 1ª a la 4 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.⁶

Cuando han sido satisfechas las necesidades fisiológicas de la base de la pirámide, el hombre está en la libertad de buscar la satisfacción de sus necesidades de seguridad. A su

⁵ Marriner, Modelos y Teorías de Enfermería, p.4

⁶ .Wenley, Teoría de Enfermería, p.148

vez, cuando estas necesidades quedan satisfechas puede buscar satisfacción de otras necesidades situadas mas arriba de la pirámide.⁷

En cada una de estas necesidades abarca el punto de vista biológico, psicológico, sociológico, cultural y espiritual, de los cuales pueden estar afectados simultáneamente en mas de una dimensión.

Considerando las 14 necesidades básicas en forma conjunta y en sus diferentes dimensiones se proporciona un enfoque holístico de la enfermería.

Interacción de las necesidades.

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes proceso biológicos, psicológicos, sociológicos, cultural y espiritual en estado de equilibrio o también llamado homeostasis.

En estado normal o ante ligeras desviaciones, estos procesos actúan para regularse mutuamente unos a otros. Así una carencia en el nivel de una necesidad, puede ser en cierto modo compensado con procesos fisiológicos ligados a otra necesidad. Pero ciertos procesos de autorregulación pueden producir igualmente un efecto menos favorable, si una de las necesidades permanece en un estado de insatisfacción importante a causa de un problema de salud o de cualquier otra dificultad, las de más necesidades sufren también repercusiones.⁸

Cuando el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades fundamentales encuentra a menudo dificultades que hacen que algunas de estas queden sin satisfacer.

⁷ .Moran, Modelos de Enfermería, p.148.

⁸ .Pancuf, Op Cit, p.35

Fuentes de dificultad:

(Según Riopello 1997) Fuentes de dificultad puede definirse como: “El impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o más necesidades fundamentales”.⁹

Según Virginia Henderson las describe bajo 3 aspectos y las identifica como falta de fuerza, voluntad y conocimientos.

Falta de Fuerza interpreta no solo la falta de capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, si no también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, la cual vendrá determinada por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

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

Independencia / Dependencia:

Aunque V. Henderson no definió el concepto de salud, lo equipará con la independencia que significa que el individuo tiene la capacidad por sí mismo de satisfacer las 14 necesidades fundamentales y que el individuo podría lograr si tuviera fuerza, voluntad y conocimiento.

⁹Riopello, Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona, p.20

Si se presenta falta de fuerza voluntad o conocimiento o más de una de estas fuentes de dificultad y el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades se convierte en dependiente.

La dependencia se instala en el momento en el que el cliente debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. La dependencia puede ser considerada en grado, ligera o total y en duración (tiempo) el puede ser *transitorio* o *permanente* o *crónica*, que suele suceder cuando si a pesar de los cuidados de enfermería el problema no puede ser corregido. Toda persona con cierto grado de dependencia presentará manifestaciones de dependencia.

El cliente que no puede satisfacer adecuadamente cualquiera de sus necesidades fundamentales, en sus dimensiones bio-psicosocio culturales, presenta manifestaciones de dependencia. Ello significa que muestra signos observables de una deficiencia más o menos importante a nivel de una o más de las diferentes necesidades.

Rol de la Enfermería.

En los supuestos teóricos V. Henderson, la enfermera es capaz de observar las necesidades humanas básicas y estados patológicos puesto que esta formada en ciencias biológicas y sociales. Por lo tanto mediante una observación perspicaz y constante la enfermera está atenta a esta manifestaciones de dependencia y sus intervenciones van dirigidas en tres niveles.

Lo que V. Henderson presenta en sus afirmaciones teóricas de la relación enfermera varía desde una relación muy dependiente a otra independiente.

La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.

La enfermera como ayuda para el paciente.

La enfermera como compañera del paciente.

La identificación de las necesidades y el plan de atención del paciente se debe elaborar en conjunto con el y solo en estados de absoluta dependencia se justifica que la enfermera decida por el paciente, en lugar de con el paciente, en donde la enfermera está considerada como un sustituto.

Estas fuentes de dificultad pueden tener su origen con los diferentes componentes del ser humano, en el conjunto de experiencias vividas del pasado o en el presente o en factores del entorno la enfermera puede modificar el entorno que considere necesario, cuando la enfermedad del individuo interfiere en su capacidad para controlarlo.

4.2 APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y MODELO DE V. HENDERSON.

Todos los conocimientos de la enfermera al tratar de aplicarlos deben ser sometidos a un proceso científico riguroso que le permitirá realizar la planificación de cuidados orientados a la calidad, a la individualización y la continuidad.

El instrumento lógico y sistemático que sirve a la enfermería, es el proceso de enfermería entendido como, el método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, a la alteración de la salud reales o potenciales.

Consta de cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Existe una estrecha relación entre el proceso de enfermería y un modelo conceptual, pero no debe confundirse.

El modelo conceptual es el conocimiento usado para la práctica, mientras que el proceso es el método para aplicar el modelo, el modelo es el contenido, el proceso es la forma de usar ese contenido.

Un modelo nos dice como deben ser los cuidados enfermeras; el proceso de enfermería describe como deben organizarse.

La integración de un Modelo Conceptual de enfermería y del Proceso de Enfermería constituyen la base para la práctica profesional ya que no pueden funcionar uno sin el otro. Por lo tanto podemos concluir que al proporcionar cuidados de enfermería es de vital importancia que sean apoyados en un marco conceptual que nos oriente hacia la dimensión de la calidad elegida.

Valoración.

La valoración es la primera etapa del PAE, trata principalmente de la recogida de datos y el examen de los mismos para la identificación de los problemas, así como para formarse una imagen global del paciente.

La valoración es la primera etapa del PAE y un proceso multidimensional en donde según el modelo de Virginia Henderson, la enfermera recoge datos y valora al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

El objetivo de la valoración de enfermería en un adulto mayor es, contar con datos objetivos y subjetivos relevantes de: forma en que la persona percibe su propio estado de salud, costumbres o preferencias en la vida diaria, actividades, acontecimientos y necesidades de la vida diaria que afectan al estado de salud o que son modificados por el estado funcional de la persona o por el régimen de tratamiento, estado funcional y recursos externos y situación ambiental para el desenvolvimiento de la vida diaria.

En el adulto mayor en esta etapa se identifica: el grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las necesidades, las causas de la dificultad en la satisfacción y la interrelación de una necesidad con otras. Para desarrollar un plan de atención de enfermería en donde se fomente el máximo grado de independencia de un individuo anciano.

La etapa de valoración por primera vez en un adulto mayor es muy exhausta y requiere de tiempos suficiente para recolectar la información necesaria. La secuencia de la valoración, debe planearse cuidadosamente y tomar en cuenta el vigor y la resistencia del anciano,

dependiendo de esto se debe planear en varias sesiones, ya que la fatiga reduce mucho la información que proporciona el paciente.

Por comodidad y respeto al anciano la valoración se puede iniciar en el área donde el interés a las preocupaciones actuales del anciano se manifiestan y desde ahí continuar el examen.

Estrategias para la valoración.

- El examen físico y la entrevista deben realizarse en una habitación privada amplia (el anciano utiliza ayuda para desplazarse), bien iluminada y temperatura agradable.
- Eliminar todas las posibles distracciones (teléfono, ruidos, etc.
- Es importante que la enfermera se presente.
- El tono general que le dé la enfermera a la entrevista deberá ser convincente, cariñoso y confidencial.
- Indicar la importancia de proporcionar información, así como pedir permiso para anotar dichos datos.
- Tener la certeza de que el anciano ve y escucha adecuadamente ya sea con ayudas sensoriales o sin ellas. En caso de no ser así tenerlo encuentra para buscar alternativas que favorecer la comunicación.
- Conceder valor y significado a todos los datos que proporcione el paciente.
- Dar tiempo suficiente al cliente para que organice sus ideas y pueda contestar las preguntas o seguir instrucciones.
- Estar alerta a los signos de cansancio creciente; suspiros, muecas, irritabilidad, el buscar apoyo sobre: objetos, caída de la cabeza u hombros y enlentecimiento progresivo.
- Estar seguro de que el anciano entendió la pregunta o las instrucciones, de no ser así repetir las nuevamente, tratando de explicarlas de forma sencilla "adaptada a la capacidad intelectual de adulto mayor.
- La enfermera en su calidad de evaluadora debe favorecer un ambiente que le de a la persona mayor la oportunidad de demostrar esas capacidades. El no actuar de esa forma puede llevar a conclusiones erróneas sobre la capacidad funcional del cliente y a cuidados y tratamientos inadecuados.

- Evaluar más de una vez en diferentes momentos medir las acciones bajo la mejores condiciones posibles.
- Aprovechar las oportunidades naturales tales como: el baño, los cuidados y la hora de comidas para recoger información sobre las capacidades del cliente.
- Utilizar la expresión corporal el tacto, el contacto visual y el habla para favorecer el máximo grado de participación del cliente.
- Con frecuencia la persona proporciona datos que no se le solicitan, En este caso, primero escuchar y luego reorientar la conversación o hacer las preguntas necesarias para conservar, la naturalidad de modo que la valoración resulte interesante para el paciente y el tiempo del entrevistador sea bien aprovechado.
- Por lo general el anciano durante la entrevista tiende a recordar su vida pasada (reminiscencias) mostrar interés y preocupación y recoger las memorias con una perspectiva cronológica, con el fin de determinar que sentido tiene la vida para el cliente, así como su esperanza de vida.
- Tratar de comparar la información recogida con familiares amigos u otras personas que tengan que ver con los cuidados del cliente.

Para reunir la información la enfermera realiza la valoración de datos básicos y otra focalizada.

La valoración de los datos básicos, deberá ser planificada, sistemática, completa, y contar con un instrumento de valoración de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Primero realizar un interrogatorio por aparatos y sistemas de signos y síntomas que se consideran importantes ya que el anciano puede considerarlos como proceso normal de su envejecimiento y no considerarlo patológico.

Es importante hacer una historia dietética, especialmente cuando es restrictiva y de los hábitos tóxicos que podrían explicarnos patologías frecuentes como caídas, desnutrición, etc.

También hacer la historia farmacológica en cuanto al consumo actual y anterior de fármacos tanto recetados como automedicados, ya que la polifarmacia es frecuente y es causa de efectos secundarios que podrían ser el problema del anciano.

Debemos tomar constantes vitales y explorar cuidadosamente de cabeza a pies, inclusive realizar una exploración neurológica incluyendo pares craneales.

Tomar como marco de referencia para relacionarlo con las manifestaciones del problema los resultado de laboratorio y gabinete.

Bioquímica, electrolitos, función tiroidea, examen general de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma u otros exámenes dependiendo de la patología que presente o que se pretenda estudiar tras las anamnesis y exploración física.

En la valoración focalizada se reúne la información específica a fin de determinar el estado de salud y centrar la atención en sobre problemas reales o potenciales. La valoración focalizada tendrá que ser periódica para monitorizar el estado de salud del paciente.

Los principales instrumentos de valoración geriátrica son las escalas aconsejadas por la OMS, que miden el nivel de función física, mental y el grado de dependencia económica y social. En el presente trabajo son utilizadas como instrumentos de tamizaje puesto que solo sirven para apoyar el resto de la información recolectada a través de la anamnesis y la exploración física.

Valoración de la capacidad funcional. La capacidad funcional es la habilidad que tienen los ancianos para adaptarse a los problemas que le plantea la vida diaria a pesar de tener algún padecimiento físico, mental o social.

La capacidad funcional esta determinada por la capacidad física que se encuentra deteriorada en un anciano por la disminución de la masa corporal y capacidad pulmonar e inmovilidad principalmente.

Por lo tanto el reconocimiento de la capacidad funcional o de las habilidades que tiene una persona para funcionar en su vida diaria, es el mejor indicador de estado de salud de los individuos, de la calidad de vida, bienestar o apoyo necesario.

El objetivo es descubrir, cuantificar la capacidad de movimientos y la capacidad para las actividades de la vida diaria (AVD) tanto básicas como instrumentales (AVDI). Al valorar capacidad funcional o física habrá que diferenciar entre; actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales.

Las actividades básicas de la vida diaria (AVD), son aquellas actividades dirigidas hacia la persona, misma garantizan la subsistencia del individuo mediante actividades en general, incluyen higiene personal, alimentación, comer, orinar, vestir y caminar.

Para evaluar dichas actividades se dispone de varios instrumentos, pero en este trabajo se uso del índice de Katz, dicho instrumento evalúa la capacidad (Katz, 1963), de forma que no sea necesaria la presencia constante de una enfermera o un cuidador. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI), son las actividades necesarias para vivir con independencia en la comunidad e incluye actividades complejas como: cocinar, hacer compras, usar el teléfono, etc.

Para evaluar AVDI, se dispone de varios instrumentos, pero en este trabajo se uso del índice de Lawton (Lawton, 1969).

La evaluación conjunta de AVD y AVDI, valoran el rango de actividades más críticas para un paciente para permanecer en su comunidad.

Valoración de marcha y balance, se realiza con el fin de evaluar hasta que punto puede ser normal que los cambios propios del envejecimiento como; disminución de la masa corporal y la capacidad pulmonar, modifiquen la marcha y balance sin arriesgar la integridad del adulto mayor, ya que cuando se suman patologías que afectan el aparato músculo esquelético, sistema nervioso o centros que controlan el equilibrio, estos afectaran significativamente, la realización de las actividades de la vida diaria y las instrumentales.

Para valorar esta función se uso la escala validada de marcha y balance (Tinetti, 1986).

Valoración Mental (Función Cognoscitiva), se refiere a los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia de ambiente (es estímulo) y la propia conducta observable del exterior (la respuesta). Estos procesos abarcan la percepción de ambiente, la

capacidad para recordar lo que se percibió, la capacidad para razonar y pensar sobre lo que se ha percibido, la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, y la capacidad para formar patrones complejos de información que pueden almacenarse en forma de conocimientos.

El deterioro cognoscitivo a diferentes niveles suele estar presente con mucha frecuencia en personas mayores de 60 años lo que hace necesaria una valoración cognoscitiva cuidadosa para identificar el grado de deterioro, si este es progresivo, reversible o irreversible y las dificultades que origina en el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales y así poder implementar intervenciones de enfermería que fomenten la utilización de la capacidad intelectual al máximo. La función cognoscitiva requiere que tanto los órganos de la percepción como el encéfalo estén sanos por lo tanto para valorar la función cognoscitiva es necesario valorar los sentidos de la audición, visión, tacto, gusto y olfato y practicar un examen neurológico así como el examen Mínimo del Estado Mental (Folstein, 1975), el cual incluye maniobras sencillas para investigar atención, orientación, lenguaje, memoria reciente y remota, praxias, cálculo y juicio.

Su aplicación se realiza en 10 minutos, una calificación inferior a 23, generalmente sugiere deterioro leve y una calificación inferior a 17 puntos un déficit grave.

La valoración afectiva o emocional, evalúa el estado emocional o afectivo debido a las pérdidas que se producen en la vejez, la pérdida de cónyuge, familiares, del trabajo, del control de su propia vida y elecciones, ya que estas preocupaciones se ponen de manifiesto por una lentificación de los procesos mentales como el pensamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultando un cuadro depresivo.

La valoración de la depresión en los ancianos puede ser difícil por que a menudo se presentan los mismos síntomas en otros problemas relacionados con la edad, como la demencia. Por lo tanto durante el interrogatorio, la enfermera debe preguntar sobre los síntomas y estar alerta respecto a ellos como son el nivel de energía, lentificación psicomotora, trastornos del sueño o del apetito, o ambos y un aumento de los síntomas

somáticos, además investigar concienzudamente una dificultad evidente en áreas que se acompañan de tristeza persistente, retirada o actitudes negativas generalizadas.

Como prueba complementaria y de tamizaje se utiliza la Escala Depresión Geriátrica que es un listado de síntomas manifestados que detecta la presencia de depresión y proporciona una medida de la gravedad de los síntomas depresivos (Yesavage, Brink, Rose, et al., 1983).

Valoración Social, es una exploración exhaustiva para identificar situaciones socioeconómicas y ambientales que alteran la evolución clínica o funcional del anciano. La metodología utilizada es la entrevista no estructurada ya que los aspectos económicos, sociales y familiares son muy objetivos.

Se valoran las relaciones personales, el apoyo social que recibe, la carga familiar o social que representa, los recursos económicos que dispone, las características de la vivienda la calidad de vida subjetiva que posee (Fernández 1997). Sin embargo el instrumento utilizado solo cuenta con algunos aspectos sociodemográficos, que difícilmente brinda información suficiente. Otro aspecto muy importante a valorar es la carga del cuidador sobre todo en paciente dependientes, como es el caso en pacientes con demencia, esto permite prever la aparición de un problema social como maltrato al anciano o sobrecarga al cuidador. El “caregiver strain Index” (CSI, 1993) o el “Scale Zarit”, se utiliza para determinar el nivel de estrés del cuidador a cargo de una persona mentalmente enferma; valora tres áreas: las características del paciente, las percepciones subjetivas del cuidador acerca de la relación y la salud física y emocional del cuidador. Si existen más de 6 respuestas afirmativas, es que hay un aumento en el nivel de estrés. La escala Zarit 1985, evalúa la carga del cuidador atendiendo a ancianos con demencia, mide la relación entre el cuidador y la persona mayor.

Diagnóstico

Una vez finalizada la etapa de valoración, ahora en la etapa de diagnóstico, se acabará de ordenar todo para identificar los problemas (que serán la base del plan de cuidados) y las capacidades (que serán usadas y reforzar para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente.

“La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere” (Henderson insiste especialmente en este tema en la sexta edición de *Principales and Practice of Nursing*) Es uno de los supuestos principales de Virginia Henderson en el cual confiere capacidad suficiente para emitir un diagnóstico de enfermería, una vez realizado el análisis de los datos recogidos a partir de los cuales se definieron los problemas de dependencia relacionándolos con las causas que lo originan (falta de fuerza, conocimiento y voluntad).

Un diagnóstico de enfermería según Carpenito (1987) “Es una declaración que describe la respuesta humana (estado de salud o patrón de interacción real / potencial alterado) de un individuo o grupo, la cual legalmente puede identificar una enfermera y para la cual la enfermera puede ordenar las intervenciones definitivas con el fin de mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones”.¹⁰

La filosofía de Virginia Henderson no presenta su propia clasificación o taxonomía diagnóstica para enunciar los problemas propios de enfermería, por tal motivo para este curso se eligió utilizar para formulación completa del diagnóstico de enfermería, la taxonomía de la NANDA y la técnica PES para su estructuración.

La lista de la NANDA es el inicio de una lista de términos propuestos para los problemas de salud sugeridos que pueden ser identificados y tratados por las enfermeras.

La técnica PES, consiste en estructurar el diagnóstico de enfermería de tres partes: título o etiqueta es la descripción concisa del problema de salud, características definitivas son un grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular y factores etiológicos que identifican aquellos factores situacionales patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser de dos tipos: real y potencial. El primero es aquel problema que esta presente y se conforma de los tres componentes; etiqueta, características definitivas y factores etiológicos.

¹⁰ . Carpenito, *Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice*, p. 108.

Cuando se han identificado factores de alto riesgo que pueden hacer que presente ciertos diagnósticos, entonces se ha identificado un diagnóstico de enfermería potencial.

Para escribir un diagnóstico de enfermería potencial se escribe en dos partes que describen tanto el problema como la causa.

Al utilizar las etiquetas diagnósticas de la NANDA y complementarlas con la relación que existe con las fuentes de dificultad y sus manifestaciones (Técnicas Pes) tendremos un diagnóstico de enfermería completo que proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería encaminadas a alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable.

Carpenito (1987) dice que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnóstico de enfermería.

Ella dice y define que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas; los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes, entendidos como un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

Para diferenciar si se trata de uno o de otro, realizar la siguiente pregunta, ¿puede la enfermera independientemente validar el problema e iniciar el tratamiento? Si, entonces es un diagnóstico de enfermería, no entonces es un problema interdependiente.

Planificación

Consiste en desarrollar estrategias de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, que implica actualizar dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como un sistema de registro y garantizando que corresponde con el plan prescrito por el médico. La enfermera realiza intervenciones para ayudar al ser humano en situaciones en las que la insuficiencia de recursos (fuerzas o capacidades, conocimientos y motivaciones), correrían el riesgo de comprometer la satisfacción de sus necesidades y por lo mismo su globalidad y la independencia con la que las satisface.

La elaboración de un plan de atención de enfermería específico, implica la determinación de las intervenciones de enfermería para los diagnósticos y la priorización de las acciones o actividades de enfermería que logran los resultados esperados.

Establecer prioridades es determinar los problemas que requieren atención inmediata, ya que son problemas amenazadores para la vida.

Administración de cuidados debe ser de acuerdo a los objetivos establecidos en el plan de atención que implica la determinación de actividades de enfermería dirigidas a prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y promover, mantener y restaurar la salud.

Una vez determinadas las intervenciones de enfermería es necesario escribir las órdenes de enfermería para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese paciente, determinado tenga instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados.

Es importante que las órdenes de enfermería describan: que buscar (valoración), que realizar, que enseñar (educación sanitaria) y que anotar. Las órdenes de enfermería deben ser específicas y claras.

Ejecución

Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación.

Según Virginia Henderson, es el momento de poner el plan en acción, aquí la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud, que le lleven a recuperarse de la enfermedad o que ayuden a lograr una muerte tranquila.

En esta fase se realizan las siguientes actividades: 1) recogida y valoración continuada de los datos, ya que proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado, dependiendo de la valoración de la situación debe estar dispuesto a cambiar las actividades según sea necesario, la recogida continua de datos suele darse durante la realización de las actividades de rutina. 2) Fijación de prioridades, se basa en la valoración día a día del estado de salud del paciente ya que este cambia día a día.

Etapas para la fijación de prioridades día a día.

- Estudiar las anotaciones médicas y de enfermería prestando atención al cambio de turno, además de valorar al paciente.
- Valorar los problemas críticos.
- Dependiendo de la valoración determinar los problemas que requieren atención inmediata y emprender las acciones correspondiente.
- Junto con el paciente estudiar la lista de tomas para determinar cuales son las que el paciente y familia pueden realizar por sí mismo y aquellos que requieren ayuda.

Realización de las actividades de enfermería.

- ❖ Realizar directamente una actividad para el cliente.
- ❖ Ayudar al cliente a realizar una actividad por sí misma.
- ❖ Supervisar al cliente (familia) mientras realiza una actividad por si mismo.
- ❖ Enseñar al cliente (familia) sobre los cuidados de salud.
- ❖ Asesorar al cliente (o familia) en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- ❖ Control (valoración) del cliente para detectar potenciales complicación problemas .

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal. Las anotaciones será la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido al paciente durante el curso del día. Las anotaciones claras y reales refuerzan los cuidados del paciente por que comunican los aspectos pertinentes de su salud y ayudan a los demás a valorar sus patrones de respuesta.

Comunicación verbal de los informes de enfermería.

La comunicación verbal se da en el cambio de turno. Un informe verbal bueno y claro puede reforzar la calidad de los cuidados de enfermería y promover una mayor continuidad.

Evaluación continuada/mantenimiento de un plan actualizado.

Antes de llegar el periodo formal de evaluación, se deben realizar evaluaciones diarias continuadas tanto de los cuidados del paciente como de las actividades de enfermería.

Evaluación

Para Virginia Henderson, la evaluación gira entorno a la eficacia del plan en función del grado de independencia alcanzado por el paciente del equipo de salud, familia y cuidador primario.

En esta etapa es donde se decide hasta que punto el plan ha sido efectivo y si es necesario hacer cambios o finalizar la actuación. Aunque la evaluación se inició ya durante las etapas precedentes del proceso de enfermería, controlando las respuestas del paciente a las intervenciones y realizando los cambios necesarios en el plan de cuidados, es durante esta etapa cuando se realiza una evaluación detallada de todo el plan de actividades.

Etapas:

- Revisar hasta que punto se lograron los objetivos trazados durante la fase de planificación. Esto significa examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.
- Identificar las variables que afectaron el logro de los objetivos, lo que implica examinar lo que sucedió durante las fases de planificación y ejecución.
- Una vez que se haya identificado hasta que punto se lograron los objetivos y cuales fueron las variables que afectaron el logro, es necesario considerar algunas modificaciones en el plan de cuidado.
- Al hacer modificaciones al plan de actividades es necesario establecer nuevos objetivos, identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de éstas.
- En caso de haber logrado todos los objetivos establecidos y no identificar nuevos problemas, quiere decir que se ha logrado el propósito final de los cuidados de enfermería por lo que se puede dar por terminado el plan de cuidados y responsabilizar a la persona el pleno control su propia salud.
- En etapas previas se prepara al paciente para dirigir su propia salud una vez que sea dado de alta en el hospital con el fin de hacerle tan independiente como sea posible.

4.3 EL CUIDADOR.

Colliere (1993) define cuidado “como el arte de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”.¹¹ Por lo tanto, cuidador sería la persona que proporciona ese cuidado.

Cuando el cuidado es brindado a pacientes con características específicas propias de la enfermedad y al ambiente que le rodea adquiere diferentes matices que deben ser conocidos para poder brindarla de la mejor manera posible.

Problemas a los que se enfrenta el cuidador:

En el anciano con demencia la comunicación se va deteriorando paulatinamente al grado de perderse totalmente haciendo cada vez más difícil la identificación de las necesidades del anciano, originando sentimientos de culpa en el cuidador que piensa que no puede proporcionarle lo que necesita.

La pérdida de la memoria ocasiona comportamientos extraños o inesperados (apatía, ira, ternura), lo cual resulta frustrante, agotador y embarazoso, mas es importante identificar esta conducta como propia de la enfermedad y no como humillación al cuidador.

Conflicto entre las expectativas o valores propios y los del anciano y la familia.

El grado de dependencia en un paciente con demencia se hace visible desde estadios tempranos, originando conflicto familiar al cual tendrá que hacer frente el cuidador primario.

Todo lo antes mencionado hace que las demandas impuestas a la persona que cuida al anciano excedan a su capacidad ocasionando sobrecarga al cuidado entendida como,

¹¹ .Colliere, Promover la vida, p.7

estado psicológico resultado de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que emergen de los requerimientos del cuidado del paciente. La sobrecarga al cuidador causa deterioro en la salud de este.

Deterioro del cuidador:

Los sentimientos de impotencia y desesperanza se presentan cuando no se observa mejoría en el paciente, además frustración y la ira que sienten por otros aspectos de sus vidas (cansancio, enfermedad, carencia económica) pueden verse proyectadas en su relación con la persona que sufre con menor capacidad de defenderse, cuando el cuidador tiene temor de perder el control ocasiona entonces que interiorice la ira, lo que puede aparecer como conducta auto destructiva, o desarrollo de síntomas físicos o actitud masoquista de culparse así mismo por la enfermedad del paciente.¹²

En el cuidador la sobrecarga física y emocional sumada a la responsabilidad ante los demás puede ser duradera, alterando su salud y su vida cotidiana de manera importante.¹³

Ayuda al cuidador.

Grupos de auto ayuda: Se conforma de un grupo de cuidadores primarios que se reúnen periódicamente para platicar sus experiencias de tal manera que se proporcionan apoyo y estímulo psicológico mutuamente dichos grupos suele funcionar sin una orientación profesional, por lo que no se pueden considerar grupos de psicoterapia.

En un grupo de psicoterapia es posible analizar los sentimientos con profundidad, con la guía de una psicoterapeuta que puede ayudar a que el miembro del grupo no solo verbalice lo que siente, como lo haría en un grupo de apoyo, sino que aprenda a aceptar sus sentimientos. Al entender y aceptar las emociones al encontrar soluciones adicionales a las conductas que evocan tales sentimientos y hallar cierto alivio del dolor, todo lo cual es posible en un grupo de psicoterapia, el cuidador logra un gran alivio de su depresión y puede volver a la vida con alegría y entusiasmo.

¹² .Krassoievich, Demencia Preseñil y Señil, p.220.

¹³ .Carnevali, Tratado de Enfermería Geriátrica, p.756.

Los pacientes que comparten los problemas de vivir con un enfermo pueden aprender en un grupo de psicoterapia, a relacionarse mejor entre si y a mejorar los patrones de interacción con el paciente que tiene deterioro de la memoria.

La psicoterapia de grupo promueve el crecimiento personal al compartir emociones, ideas y problemas con los demás. El psicoterapeuta y los miembros del grupo quizá puedan percibir sus pensamientos y sentimientos más profundos, los cuales usted, sin ayuda no logra reconocer.

El grupo también ofrece apoyo moral, crítica objetiva y sugerencias útiles para hallar formas alternas de enfrentar la vida. El grupo Balint es un modelo de aprendizaje desde la experiencia vivida, donde hay otros integrantes médicos, enfermeras y un coordinador, profesional del área psicológica o a veces un clínico entrenado en este tipo de terapias, que ayuda a explicar nuestras propias reacciones.¹⁴

Pronóstico para saber si las intervenciones del Cuidador serán apropiadas o no:

El pronóstico es malo cuando la salud del cuidador está deteriorada, los recursos económicos son escasos y la vivienda es inadecuada. También cuando hay antecedentes de abuso del cuidador, falta de confianza entre éste y el anciano, patrones culturales negativos (desvaloración del anciano, creencias de salud negativas) e incapacidad para identificar y aceptar la ayuda, u orientación necesaria.

El pronóstico es favorable, si el cuidador esta saludable, los ingresos son suficientes, hay lazos afectivos fuertes entre los diferentes miembros de la familia, actitudes positivas acerca de la vejez, respeto mutuo y apoyo externo disponible.¹⁵

¹⁴.Andes. La Formación Psicogeriatrica del Geriatra, p.3

¹⁵.Carnevali, Op Cit, p.760.

Problema al que se enfrentan las instituciones de salud cuando el cuidador no tiene los conocimientos necesarios.

En un estudio realizado por Fopman 1997, se comprobó como las enfermeras siempre buscan atribuir a causas inestables o estables el comportamiento del residente para obtener un entendimiento realístico de la conducta de residente con demencia. Sin embargo las atribuciones hechas con mas frecuencia son factores intrínsecos del sujeto o propias de la enfermedad (estables), entre las causas inestables identifican las características del medio ambiente, no-familiaridad, ruido y estimulación excesiva pero a la vez pasan inadvertidas con mucha frecuencia las psicológicas, fatiga o historia de vida.

Un brindador de cuidado que atribuye siempre el comportamiento del anciano a causas estables, espera que el residente participe mucho menos en la actividad en el futuro que aquellos a los que se atribuye a causas inestables, por lo tanto estará fomentando la dependencia y con ello quitando la oportunidad de una mejor calidad de vida. El brindador de cuidados muchas veces de manera inconsciente promueve la discapacidad excesiva pero esta no es reconocida, ya que siempre lo atribuyen a factores externos a el.

Otro factor que fomenta la dependencia, es cuando los cuidadores bien intencionados hacen todo por el paciente adoptando una actitud paternalista de sobreprotección que para el adulto mayor puede acelerar el deterioro y la declinación subsiguiente.¹⁶

4.4 ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Es un trastorno neurológico progresivo, degenerativo del mesencéfalo (ganglios basales y área extrapiramidal).

La degeneración asociada a la perdida de las células de sustancia negra situada en los ganglios basales es la principal patología en la enfermedad de Parkinson. Ya que las células de la sustancia negra son ricas en dopamina, neurotransmisor esencial para la regulación, control y coordinación del movimiento. A medida que la sustancia negra degenera se va

¹⁶. Fopman, Application of Attribution Affect Action Model of Care giving Behavior, p.210

despigmentando y disminuye la cantidad de dopamina presente en el cerebro, causando el deterioro en el movimiento.

Otra entidad presente en la EP es la presencia de cuerpos de Lewy, estos siempre indican degeneración y pérdida neuronal. La EP no se produce sin su presencia, siendo visibles en algunas de las células nerviosas degeneradas. En la mayoría de los casos las inclusiones son numerosas y fáciles de encontrar, por lo que su ausencia excluye el diagnóstico de EP.

Sin embargo “los cuerpos de Lewy no son específicos de la EP, pues pueden encontrarse en individuos con otros trastornos neuropsiquiátricos”, así como en la población en general con una prevalencia del 1%, a los 50 años y entre el 6 al 10% en los mayores de 80%, se cree que son casos preclínicos de EP.¹⁷

Los síntomas característicos presentes son; temblor lento y rítmico, más evidente cuando esta en reposo y disminuye cuando se hace movimiento voluntario. No necesariamente se presenta en todos los pacientes.

Enteltecimiento del movimiento (Brdicinesia); se manifiesta en la falta de expresión en la cara, escritura lenta y con trazos pequeños. Se da tanto en los movimientos automáticos (deglutir, parpadear, balancear los brazos al andar), como en los movimientos voluntarios.

Rigidez muscular; existe resistencia a mover pasivamente las extremidades.

Anomalías posturales; inclinación de la cabeza y el tronco hacia delante y tendencia a mantener las rodillas y los codos encogidos.

Anomalías al andar; marcha lenta, levantando poco los pies del suelo. (Pulsiones) pasos cortos y rápidos, solo se puede frenar agarrándose a un objeto o a persona (propulsión), también se puede producir hacia atrás (retropulsión). Episodios de bloqueo (off parece que los pies están pegados al suelo. Aumento brusco del ritmo de la marcha.

Trastornos de equilibrio; se pueden manifestar en un estadio avanzado de la enfermedad.

Otros trastornos; depresión, cambios en los hábitos intestinales; el estreñimiento puede ser

¹⁷ .Ezpeleta D. Neuropatología de la Enfermedad de Parkinson y los Parkinsonismos, p-6

debido a la falta de actividad física, alimentación inadecuada, ingestión insuficiente de agua y puede empeorar a causa de algunos fármacos.

Trastornos del sueño; insomnio, excesiva somnolencia diurna, sonambulismo, pesadillas o hablar en sueños.

Trastornos respiratorios; la sensación de falta de aire se debe a la rigidez o bradicinesia de los músculos del pecho y es posible que esto se deba a la ministración de levodopa.

Trastornos oculares; sensación de irritación en los ojos.

Es importante mencionar que hay varios trastornos que tienen los mismos síntomas, en diferentes grados que la EP. Los tranquilizantes fuertes pueden originar situaciones clínicas muy parecidas a las de EP, pero desaparecen cuando la administración del medicamento cesa. Este síndrome similar a la enfermedad de EP, se denomina Parkinsonismo. Entre otros se manifiesta en casos de encefalitis o arteriosclerosis.

Algunas formas de Parkinsonismo tienen en común con la EP, una lesión particular en las células nerviosas de la sustancia negra o en sus conexiones.

La EP propiamente dicha se caracteriza por responder favorablemente a la levodopa.

Hoehn y Yahr usaron la siguiente escala como medio para registrar el grado de incapacidad y la rapidez de la evolución:

Etapa 1	Afección unilateral únicamente, por lo general con mínima o ninguna alteración funcional
Etapa 2	Afección bilateral de la línea media, sin perturbación del equilibrio.
Etapa 3	Primer signo de trastorno de los reflejos de enderezamiento.
Etapa 4	Enfermedad totalmente desarrollada y gravemente incapacitante, el paciente continua siendo capaz de caminar, pararse sin ayuda, pero se encuentra marcadamente incapacitado.
Etapa 5	Confinada en cama o en una silla de ruedas a menos que se le preste ayuda.

El origen de este trastorno es multifactorial y son diversos los factores externos o tóxicos a los que se ha atribuido un posible papel en la génesis de la enfermedad de Parkinson. También se sabe que con los años, el número de células de la sustancia negra disminuye considerablemente. El hallazgo de un factor tóxico-ambiental como responsable de alteraciones parkinsonianas ha dado un impulso importante a la investigación de esta enfermedad.

La enfermedad de Parkinson se detecta a partir de la presencia en los pacientes de los síntomas que la caracterizan.

En la etapa inicial es difícil de diagnosticar, ya que en la primera fase no suelen presentarse todos los síntomas más comunes, como por ejemplo temblor, dificultad de movimiento y rigidez. A menudo al principio la enfermedad se manifiesta en forma de dolores en las articulaciones o bien mediante un cuadro depresivo.

En el anciano el diagnóstico de la enfermedad puede ser más difícil, por que muchos de los signos usuales pueden ser alterados o enmascarados. Por ejemplo, el temblor puede estar completamente ausente, especialmente cuando los brazos están en reposo. La posición de flexión de la cabeza, los hombros y tórax, rigidez de la cadera, y la bradicinesia pueden ser confundido por cambios de la edad.

La osteoporosis puede producir actitudes musculares similares al Parkinson. Por lo que el examen de los reflejos osteotendinosos, muy exagerados en el Parkinson, serán imprescindibles para un diagnóstico más certero.

Pero además de estar presente toda la sintomatología ya descrita, es importante realizar un TAC en donde suelen estar presentes lesiones típicas en el mesencéfalo.¹⁸

El diagnóstico definitivo solo se realiza post-mortem, a través de la autopsia en donde se pueden observar las estructuras microscópicas "cuerpos de Lewy".

La importancia de dichas estructuras ha hecho surgir el término de Enfermedad de Parkinson con cuerpos de Lewy.

¹⁸.Saranet, Enfermedad de Parkinson, p.1

El tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson se realiza para controlar los síntomas, supliendo la alteración de los neurotransmisores. Se suele usar Levodopa, que es una molécula que el cerebro utiliza para producir dopamina, con ello se mejora la coordinación de movimientos, se suele asociar con otros medicamentos agonistas dopaminérgicos (cabidopa).

La amantina se utiliza para tratar el temblor. A veces se asocian antihistamínicos, antidepressivos, bromocriptina, IMAO, y otros medicamentos para tratar otros síntomas.

La realización de un programa de ejercicios físicos y apoyo del psicólogo es muy importante.

El Parkinson no tratado es incapacitante y lleva a una muerte prematura. La variabilidad de respuesta a los tratamientos es diversa, por ello el pronóstico de cada caso dependerá de la tolerancia a los tratamientos y su eficacia en cada caso. Ya que los efectos colaterales propios del medicamento Levodopa, como cambios en el comportamiento, desorientación o confusión mental, alucinaciones y pérdida de las funciones mentales limitan la implementación de intervenciones del equipo de salud para mejorar la calidad de vida del paciente.¹⁹

4.5 DEMENCIA

Es definida como un deterioro de la función intelectual, usualmente acompañada por pérdida de la memoria y cambios en la personalidad.

Este es un término ampliamente usado para describir una condición de la persona que presenta discapacidad específica para la solución de problemas, memoria, orientación y apropiada conducta en relación con su medio ambiente.²⁰

El DSM III, refiere junto con otras enfermedades, como causas de demencia, la enfermedad de parkinson.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Matteson, Gerontological Nursing, Concepts and Practice, p.249

Los cuadros 1 y 2 presentan los criterios diagnósticos y de gravedad de la demencia.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para la demencia

Manual Estadístico y de Diagnóstico de Desordenes Mentales (DSM-III), Washington D.C; Asociación Americana de Psiquiatría, 1980.

A.- Pérdida de la habilidad intelectual de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social o ocupacional

B.- Deterioro de la memoria

C.- Al menos uno de los siguientes.

1. Alteración del pensamiento abstracto, que se muestra por la incapacidad para encontrar similitudes y diferencias entre palabras relacionadas, dificultad para definir palabras y conceptos, así como otras tareas parecidas.

2. Alteración del juicio, se detecta por incapacidad para formular planes razonables para enfrentar problemas y temas interpersonales, familiares y laborales.

3. Alteración de las funciones corticales superiores:

Afasia: Alteración del lenguaje.

Apraxia: Incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de la comprensión intacta y función motora normal.

Agnosia: Error par reconocer o identificar objetos a pesar de la función sensorial intacta.

Dificultad constructiva: Incapacidad para copiar figuras tridimensionales, ensamblar bloques o colocar palitos en diseños específicos.

4. Cambios de la personalidad.

D.- No aparecen solamente durante el curso del delirium.

E.- Uno de los siguientes:

1. Existen pruebas en el interrogatorio, exploración física o pruebas de laboratorio de un factor (factores) orgánico específico que se considera que guarda relación etiológica con el trastorno.

2. En ausencia de tales pruebas, es posible suponer un factor orgánico etiológico que se considera que guarda relación etiológica con el trastorno.

Cuadro 2. Criterios de gravedad de la Demencia.

Asociación Americana de Psiquiatría, 1987.

Leve: Aunque las actividades laborales se afectan de manera importante, se conserva la capacidad para mantener la vida independiente, con higiene personal adecuada y un criterio relativamente intacto.

Moderada: La vida independiente es peligrosa y necesita cierto grado de supervisión.

Grave: Las actividades de la vida diaria se afectan tanto que se precisa una supervisión continua, hay incapacidad para mantener la higiene personal mínima, casi incoherente o mudo.

Es importante mencionar que existen diversas clasificaciones de la demencia, por su etiología, evolución clínica, neuroanatómica, edad de comienzo, etc. Mas sin embargo una clasificación sencilla de comprender es la presentada en el cuadro 3 que enumera los tipos y causa de la demencia, según se clasificaron después de la conferencia de Consenso de 1987 del NIH.

Cuadro 3. tipos y causas de demencia en el anciano.

Conferencia de Consenso de NIH, 1987.

Trastornos con posibilidad de detenerlos o revertirlos

Intoxicaciones (fármacos, alcohol, etc.)

Infecciones del Sistema Nervioso Central

Trastornos metabólicos

Trastornos nutricionales

Enfermedades vasculares (demencia por infartos múltiples, otro.)

Lesiones ocupativas

Hidrocefalia de presión normal

Depresión (seudo demencia depresiva)

Enfermedades degenerativas progresivas

Sin otros hallazgos neurológicos importantes (fuera de la demencia)

Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad de Pick

Con otros signos neurológicos prominentes

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad de Huntington

Parálisis supranuclear progresiva

Otras enfermedades degenerativas raras.

Demencia debida a enfermedad de Parkinson.

Aproximadamente el 20-60% de los sujetos con enfermedad de Parkinson presentan demencia y es más frecuente en personas mayores o en los que presentan una enfermedad mas grave y avanzada.

En la autopsia son evidentes la pérdida neuronal y los cuerpos de Lewy en la sustancia negra, por lo que se estima que la demencia debida a enfermedad de Parkinson es la presencia de una demencia como efecto fisiopatológico directo de la enfermedad de Parkinson.²¹

El tipo de demencia es subcortical caracterizado por enlentecimiento cognitivo y motor, olvidos, alteración de la personalidad con apatía y depresión, defectuosa habilidad para manipular el conocimiento adquirido, pérdida visoespacial, disfunción de la capacidad de ejecución, deterioro de la memoria de evocación.

21. DSM III, p.155

El deterioro de las funciones cognitivas en los individuos con enfermedad de Parkinson se exagera frecuentemente con la depresión “El reconocimiento facial es la primera habilidad visoespacial que se deteriora tanto en los demenciados como en los nodemenciados”²²

En la exploración física se encuentran hallazgos características, como signos anormales de la actividad motora, temblor en reposo, enlentecimiento y pobreza de movimientos (como microfagia) o rigidez muscular y pérdida de movimiento asociados.²³

Pacientes con una duración media que se encuentran demenciados experimenten dificultades como; construcción de rompecabezas angulares, identificación de objetos y figuras geométricas. En estudio avanzado, deterioro de todas las funciones visoespaciales en el lenguaje:

Disartrias hipocinéticas que comprometen la capacidad de comunicación, por caracterizarse por disminución del tono e intensidad de la voz.

Lenguaje monótono con tendencia a realizar frases cortas o usar consonantes de modo impreciso y con segmentos atropelladamente rápidos de lenguaje.

El vocabulario se encuentra preservado, se puede encontrar una pérdida o disfunción de capacidad para nombrar.

Dificultad para nombrar conceptos.

Disminución de la fluencia verbal para las palabras que inician con la M, dificultad para nombrar los alimentos y el conteo de meses hacia atrás.

Los pacientes con E.P y demencia muestran más anormalidades prominentes de los aspectos motores de lenguaje y escritura en relación con los pacientes de E.P. sin demencia.

La bradifrenia, enlentecimiento de los procesos de pensamiento es análogo al de la función motora, lo que refleja pérdida de atención o vigilia.

²² Garza, Déficit Cognitivo asociados con la Enfermedad de Parkinson, p.76.

²³ . DSM III, Op Cit, p.155

“El máximo declinamiento ocurre en los primeros 5 años”, la Levodopa sobre la mejoría en la cognición está ausente o es muy leve”.²⁴

Actualmente se sabe que existen más de 70 tipos de clasificaciones de demencia, la enfermedad de Alzheimer y demencia por cuerpos de Lewy, son dos de ellas.

En algunos individuos con enfermedad de Parkinson y demencia se ha encontrado en la autopsia signos neuropatológicos indicativos de enfermedad de Alzheimer o de cuerpos de Lewy difuso.

Por lo que se ha postulado que la enfermedad de Parkinson que evoluciona hacia la demencia es una forma particular del padecimiento e incluso se ha dicho que bien podía ser una expresión inicial de la demencia de tipo Alzheimer o demencia por cuerpos de Lewy.²⁵

4.6 HIPOTIROIDISMO.

El hipotiroidismo es un síndrome clínico que se produce cuando existe un déficit de secreción de hormonas tiroideas.

La función principal de las hormonas tiroideas (t3 y t4) es regular la actividad metabólica celular, por lo que influye en cada sistema y aparato.

Entre las manifestaciones más importantes se encuentran los síntomas debidos a disfunción del sistema nervioso, que se deben en parte a una disminución del flujo sanguíneo cerebral secundario al descenso del gasto cardiaco, por lo que sus manifestaciones son: pérdida de la memoria, falta de atención, somnolencia y en general a la exploración física se observa retardo en la relajación de los reflejos osteotendinosos.

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que el criterio C del DSM-III, es aplicable en este caso, en donde es demostrado por medio de pruebas de laboratorio y exploración física,

24. Garza, Op Cit. P.75

25. Krassoievich, Op Cit, p.20

el hipotiroidismo presente en la paciente es un padecimiento más que agrava el estado demencial.²⁶

El hipotiroidismo más frecuente en el anciano es el primario o producido por alteraciones propias de la glándula tiroidea. Existen dos causas fundamentadas dentro de este grupo, la iatrogénica secundaria al tratamiento de otras enfermedades tiroideas (por cirugía, yodo, radiactivo o fármacos antitiroideos) y la autoinmune. La literatura señala que en la mayoría de los casos, el hipotiroidismo en el anciano es primario y de origen auto inmune por la que su prevalencia es mas alta en pacientes con artritis reumatoide.²⁷

En el hipotiroidismo primario existe una disminución de las hormonas tiroideas t3 y t4 y un aumento compensado de la TSH. Los valores de t3 y t4 suelen correlacionarse con la intensidad de los síntomas clínicos aunque no siempre ocurre así. La concentración plasmática de t3, sin embargo no resulta hablar en los ancianos ya que existe una disminución fisiológica con la edad en estado eutiroidismo. El tratamiento con tiroxina es razonable en individuos con niveles altos de TSH, pero este en el anciano debe ser prudente, en especial con pacientes con cardiopatía isquemica ya que, puede precipitar crisis de angor pectoris.²⁸

La otra causa importante que favorece la agudización de las manifestaciones de demencia son las enfermedades nutricionales.

Aproximadamente la mitad de los pacientes que presenten hipotiroidismo presentaran anemia. El mecanismo patogénico de esta anemia puede ser una reducción en la producción de eritropoyetina secundaria a la disminución de la demanda metabólica.

En estos pacientes el volumen corpuscular medio esta generalmente elevado, pero no se ha encontrado relación con déficit de vitamina B₁₂ o Ácido fólico. Tiende a normalizarse con el tratamiento sustitutivo.

²⁶ . Breton, Hipotiroidismo en el anciano, p.443

²⁷ .Santamaria, Hipotiroidismo en el anciano, p.122

²⁸ . Breton, Op Cit, p.443

Pero además de los aspectos señalados, existen otros factores propios de la enfermedad de Parkinson y Demencia como; la dificultad para deglutir los alimentos que deterioran el estado nutricional y con ello agudizan más el estado demencial.

A nivel del sistema músculo esquelético puede existir lentitud de movimientos, síndrome pseudomioclonico e incremento serio de enzimas musculares. En el HT puede existir alteraciones respiratorias debido a que la infiltración edema mucinoso pueden producir congestión nasal y rinitis, engrosamiento de las cuerdas vocales y macroglosia. Existe un grado variable de hipoventilación, que puede deberse a depresión del centro respiratorio, neuropatía de los nervios frénicos ó miopatía. La neuropatía autonómica unida al depósito de mucopolisacáridos a nivel intestinal conduce a una disminución del peristaltismo que causa estreñimiento, náuseas, vómito y distensión abdominal.²⁹

4.7 INMOVILIDAD.

Inmovilidad, es la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo esquelético.

La inmovilidad puede ser aguda cuando el episodio de declinación es rápido de la independencia en la movilidad hacia una situación de encamamiento o de vida coma – sillón tres días como mínimo o inmovilidad severa cuando se está atado a una cama o sillón por más de 3 días.

Existen diversas causas de inmovilidad pero las principales son las neurológicas como la enfermedad de Parkinson y Demencia ya que cuando se presentan simultáneamente en un estado avanzado causan serias limitaciones en la movilidad del individuo.

²⁹ . Santamaría, Op Cit, p.123

En un principio la inmovilidad produce una reducción de la capacidad funcional en un órgano y más tarde afecta múltiples órganos y sistemas corporales. Cuando la capacidad funcional desciende hasta niveles peligrosamente bajos aparecen nuevos síntomas y signos de descondicionamiento, “entendiendo por este como la capacidad funcional reducida de un sistema o sistemas corporales y se debe considerar como un trastorno separado (síndrome de desuso) del proceso original que condujo a una disminución de la actividad normal.

Las complicaciones más frecuentes se ven a nivel de los siguientes aparatos y sistemas.

Músculo esquelético:

Durante la actividad física extenuante el metabolismo muscular puede aumentar 50 a 100 veces más que en reposo, lo que a su vez incrementa de 15 a 20 veces la irrigación muscular y desencadena una respuesta cardiopulmonar fuerte.³⁰ Por lo que con la actividad física reducida la respuesta cardiovascular disminuye ocasionando: *La disminución de masa y fuerza muscular en el envejecimiento es reflejo de la pérdida progresiva de la capacidad de reserva relacionada con la disminución de la actividad física. Pero con el reposo prolongado en cama la masa y fuerza muscular se reduce considerablemente, ya que en posición de decúbito la actividad muscular es mínima y la fuerza ejercida por gravedad sobre los huesos y tejidos de sostén esta reducida.*

Con el reposo en cama completo y prolongado un músculo perderá 10 a 15 % de la fuerza por semana y 50% en 3 a 5 semanas. En dos meses la masa muscular se retraerá hasta la mitad del tamaño original. Los cambios después de 6 semanas de inmovilización son degeneración de las fibras y aumento de grasa y tejido fibroso. Los primeros músculos que se vuelven débiles y atróficos son los de las extremidades inferiores y del tronco que se utilizan para resistir la gravedad.

³⁰ .Krussen, Medicina Física y Rehabilitación, p.1154

En un estudio se observó que la mayor pérdida de fuerza ocurrió en los músculos gástricos, seguido por el músculo tibial anterior y por los músculos de la cintura escapular y el bíceps.

También se *pierde la capacidad de captación máxima de oxígeno aeróbico*, resultante de una disminución de uso periférico de oxígeno relacionado con la disminución de la masa y fuerza muscular y capacidad para responder al ejercicio.

Aparecen contracturas, definidas como la falta de amplitud de movimiento pasivo completo a partir de limitaciones articulares, musculares o tejidos blandos.

Los factores causales para el desarrollo de una contractura son: a) Posición de los miembros, b) duración de la inmovilización y c) movilización de las partes no afectadas.³¹

Desmineralización ósea, ya que la excreción urinaria de calcio es máxima hacia las 7 semanas de inmovilización, durante un periodo de 30 a 36 semanas de reposo en cama se pierde un 4.2% de calcio corporal total.

“La pérdida que sufre en el transcurso de 10 días de reposo en cama requiere 4 meses para recuperarse parte de la pérdida se debe a la falta de soporte de peso, pero es probable que el equilibrio nitrógeno negativo general relacionado con la inmovilización contribuya al problema”.³²

Posterior a esto, aumenta la posibilidad de caídas y fracturas, ya que cuando se pretende caminar el hueso está débil y tiende a romperse.

Cardiovasculares:

Se observan cuatro manifestaciones adversas; redistribución de líquidos corporales, hipotensión postural, descondicionamiento cardiovascular y fenómenos trombo embólicos.

³¹ . Ibidem.

³² . Creditor, Peligros de la Hospitalización en personas de edad avanzada, p.76

La presión de la columna de sangre en los vasos del tronco y las extremidades inferiores durante la postura de pie es responsable del desplazamiento de 700 ml de sangre en las piernas. En posición de decúbito dorsal esta presión hidrostática se elimina, lo que provoca que 500 a 700 ml de sangre retornen a los pulmones y al lado derecho del corazón, aumentando así el volumen sanguíneo central y la distensión de los barorreceptores de alta presión. Esto ocasiona la supresión de la liberación de la hormona antidiurética. Por lo que algunos días de reposo en cama produce una diuresis importante, que ocasiona una pérdida de 8 a 12% del volumen plasmático durante las dos primeras semanas de reposo en cama. Durante la 2 a 4 semana la pérdida plasmática llega al 15 - 20%. La respuesta cardiaca de redistribución del volumen sanguíneo es diferente. El aumento del volumen sanguíneo central que aparece al recostarse produce un aumento en la frecuencia cardiaca, el volumen sistólico y volumen minuto. La activación de los barorreceptores auriculares produce la reversión de estas respuestas cardiogénicas iniciales, lo que provoca una reducción progresiva del volumen sistólico y el volumen minuto de 6 a 13%.

Como la reducción del volumen plasmático es mayor que la reducción de la masa eritrocítica, la viscosidad sanguínea está aumentada, lo que ocasiona episodios tromboembólicos.

Hipotensión Postural, el desplazamiento excesivo de la sangre de los pulmones y el corazón a las piernas puede ser un factor causante inicial. El sistema adrenérgico simpático parece responder inadecuadamente y es incapaz de mantener una presión sanguínea normal cuando el individuo asume la posición erecta.

Los síntomas y signos de la hipotensión postural incluyen palidez, sudoración, vértigos, mareos, disminución de la presión sistólica (más de 20 mmHg), aumento de la frecuencia cardiaca (habitualmente mayor de 20 latidos por minuto) y disminución de la presión del pulso.

En los individuos sanos la capacidad para adaptarse a la posición erecta puede estar completamente alterada luego de tres semanas de encamamiento.

Pulmonares.

Con el envejecimiento se alteran los mecanismos de la respiración. La calcificación

costocondral y la reducción de la fuerza muscular disminuyen la expansión de la caja torácica. Aumenta la capacidad residual y ocupa mayor proporción de la capacidad pulmonar total. Lo cual provoca estasis de secreciones que se acentúan con la falta de movilidad.

Gastrointestinales.

La posición de decúbito por un periodo prolongado hace que el peristaltismo intestinal disminuya ocasionando a su vez bajo flujo del contenido gastrointestinal y con ello estreñimiento.

La disminución del gusto, olfato, los problemas dentales y la comida insípida, fría y desagradable presentación hacen que en el anciano acentúe la anorexia durante el periodo de hospitalización que en pocos días puede desencadenar un estado de desnutrición y deshidratación.

Genitourinario.

En los varones de edad avanzada la hipertrofia prostática y en las mujeres, la relajación del piso pélvico, atrofia vaginal y el aumento de las contracciones no inhibidas del músculo destructor. En ambos el ambiente extraño y quizá el desconocimiento del camino al sanitario, la cama alta, los barandales y las diversas "sujeciones", como líneas intravenosas y de oxígeno nasal o catéter, se constituyen en arneses restrictivos. Además de los fármacos psicotrópicos que pueden reducir la percepción de la necesidad de orinar. Son factores que tanto en el hombre como en la mujer aumentan la tendencia a presentar incontinencia urinaria. Por lo que casi del 40 al 50% de las personas hospitalizadas mayores de 65 años tienden a presentar incontinencia urinaria, muchas en un día de internamiento.

Psicológicas.

La disminución de los impulsos sensoriales de todos los tipos que ocurren con la inmovilización puede producir trastornos intelectuales y preceptuales. Una persona que ingresa a una cama de un hospital en una habitación tranquila con iluminación tenue, cuyos anteojos y auxiliares para la audición se quedaron en la casa, sufra delirio. La supresión

sensorial o la estimulación excesiva originan confusión y delirio si son de intensidad y duración suficientes.

Piel.

Úlceras por presión, son las complicaciones más frecuentes en un paciente con inmovilidad, estas son lesiones de la integridad cutánea en cualquier parte del cuerpo que sufre, o sobre la que se ejerce una presión prolongada sobre un plano duro.

Factores que influyen en aparición de las úlceras por presión:

- Presión en la prominencia ósea con una superficie plana por más de dos horas, causa obstrucción del aporte sanguíneo causando necrosis.
- Fuerza de deslizamiento: (cama a más de 30 grados) causa fricción entre las sabanas o ropa con la piel originando estiramiento y angulación de tejidos subcutáneos y con ello trombosis que debilita y destruye la piel.
- Humedad causa maceramiento y la posible acción irritativa local de los líquidos en contacto con la piel la destruyen.
- Otros: La anemia y enfermedades respiratorias disminuyen el aporte de oxígeno causando cicatrización. Los factores propios del envejecimiento como la sequedad, pérdida de elasticidad, la disminución de grasa subcutánea, la pérdida de la sensibilidad, las alteraciones en la circulación y la incontinencia urinaria y fecal aumentan las posibilidades de que en un anciano hospitalizado presente con mayor facilidad úlceras por presión.

La localización típica de las úlceras por presión es:

Región sacra y escapular, tuberosidades isquiáticas, codos, región occipital, costillas,

talones, apófisis espinosas vertebrales, maléolos externos y pabellones auriculares.

Características clínicas de las úlceras por presión.

Estadio 1: La piel aparece rosada y no recupera el color normal después de retirar la presión.

Estado 2: La piel aparece agrietado y con vesículas; existe una lesión dérmica entre superficial y profunda.

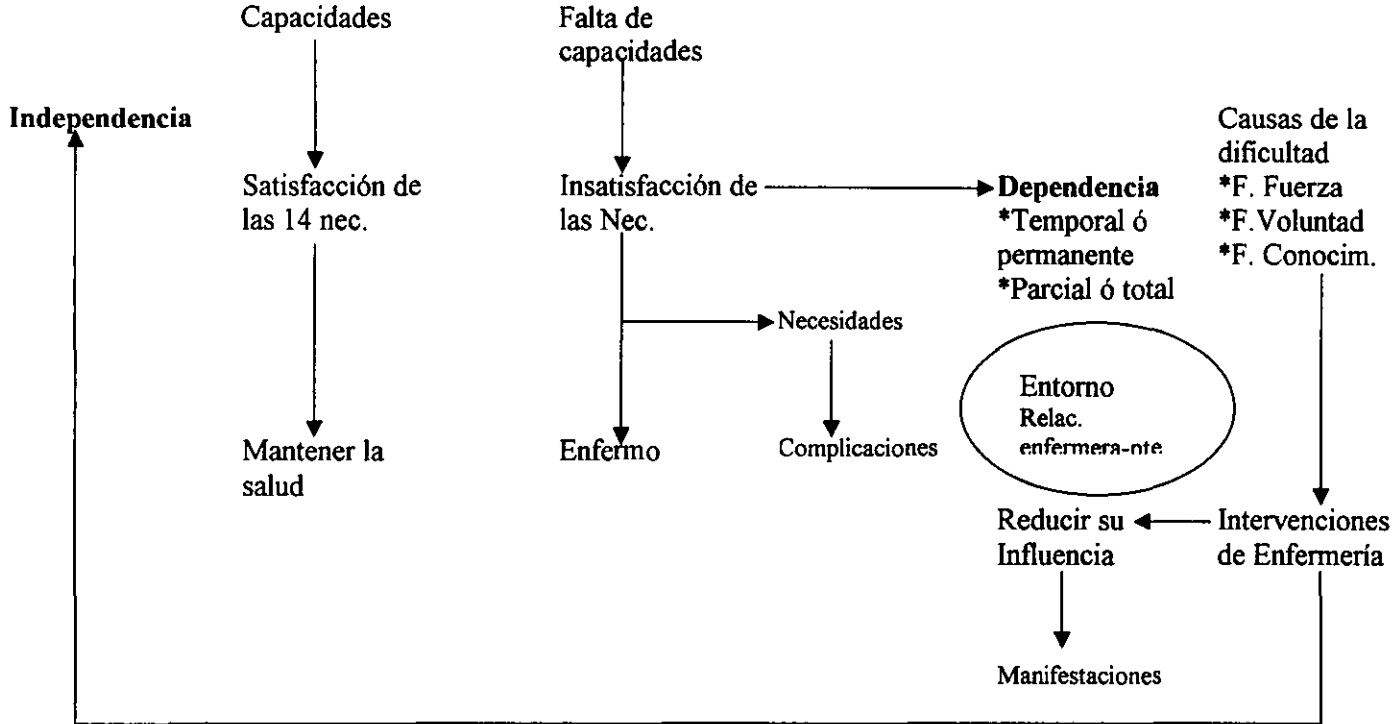
Estado 3: Aparece una úlcera marginal diferenciada generalmente con exudado, los bordes aparecen bien definidos.

Estado 4: Hay tejido necrótico y exudado abundante penetra a músculo incluso a huesos³³

³³ .Rivera, Geriatría, p.129

DIAGRAMA DE LAS NECESIDADES HUMANAS

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



V.-HALLAZGOS DEL ESTUDIO DEL CASO CLINICO

5.1 INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, DEMENCIA E HIPOTIROIDISMO

Fecha: 4- Agosto- 98.

I.-DATOS GENERALES.

Institución: Hospital Español.

Nombre: Carmen Gavito Edad: 89 Sexo: Fem.

Estado Civil: Viuda Religión: Católica. Lugar de Nacimiento: México

Tiene derecho a algún servicio de Salud: Beneficencia Española.

Fecha de Nacimiento: 15 abril 1909. Ingreso: Abril 1998. Cuando presento neumonía

II.- APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia: _____ Rentada: _____ Otro: Beneficencia de H. Español.

Con quién vive: Con compañera de cuarto Trabajo anterior: Hogar.

De donde obtiene sus ingresos: Del seguro de su esposo.

Cubre sus necesidades: Si

Cuenta con algún apoyo comunitario: No

Pertenece a algún grupo: No

Problemas de salud en los últimos tres años: 1995. Recambio de lente intraocular por traumatismo ocular izquierdo y presenta delirio. Dic. 1997 Fx. de femur con colocación de DHS, 1998: Hipotiroidismo, Parkinson Demencia.

Dispone de transporte cuando necesita salida del hogar: Nunca sale de H. Español.

Nombre del familiar más cercano: Carmen Austin. (Hija) Teléfono: 6 71 11 17

Dirección: Cafetales 28-C-5, Granjas Coapa.

INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos: No.

Fecha de su última inmunización para:

- Tétanos: _____
- Difteria: _____
- Tuberculosis: _____
- Influenza: _____
- Otros: _____

No recuerda
esta
información
su hija.

VALORACION DE NECESIDADES.

1. - Necesidades de oxigenación:

F.C.: 80 x¹F.R.: 20x¹

T.A. 100/60

	SÍ	NO
Tos.	*	
Rinorrea.		*
Secreción Nasal.		*
Epistaxis.		*
Obstrucción Nasal.		*
Ronquido.		*
Resfriados Frecuentes.	*	
Asma o alergia.		*
Disnea.		*
Disnea de esfuerzo.		*
Disnea paroxística nocturna.		*
Ortopnea.		*
Hemoptisis.		*
Expectoración.	*	
Respiración sibilante.		*
Mormullo o soplo.	*	
Edema de miembros inferiores.		*

Cambio de coloración de la piel en Miembros Inferiores.	*
Varices.	*
Claudicación intermitente.	*
Parestesias.	*

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax: Descalcificación ósea, incremento del trauma bronco pulmonar.

2.- Necesidades de Nutrición e Hidratación:

Edad: 85	Sexo: Femenino	Peso: No valorable	Talla: No valorable	
				SI NO
Dolor de garganta				*
Lesiones o úlceras en la boca.				*
Dificultad para deglutir.	*			
Gingivorragia.				*
Caries.				*
Alteraciones del gusto.	*			
Problemas de masticación.	*			
Prótesis dental.				*
Infección bucal.				*
Náuseas o vómito.				*
Cambio de apetito.	*			
Dolor abdominal o intestinal.				*
Polifagia.				*
Polidipsia.				*
Úlcera gástrica.				*
Intolerancia alimentaria.				*
Indigestión.				*
Acidez de estómago.				*
Anemia.				*

Hematemesis. *

Variación de peso. *

Tumoración gástrica o intestinal. *

Historia de transfusión sanguínea: Niega.

Fecha del último reconocimiento odontológico: No lo recuerda.

Método de cepillado de los dientes: No se realiza.

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental: No cuenta con
dientes.

Valoración sobre los aspectos que influyen en nutrición (anexo)

Patrón de eliminación intestinal: Una vez al día.

3.- Necesidades de eliminación:

Orina: Color: turbio Olor: Normal Cantidad:
 PH: 6.5 Densidad: Proteína:
 Leucocitos: 6/Campo Glucosa: 142 m/al Cetona:

Heces: Color: Normal Olor: Normal Consistencia: Semilíquida
 Frecuencia: 1 vez al día . Configuración:
 Presencia de sangre: No.

Sudor: Cantidad: no cuantificable Olor: Sin. Horario: no observable

Situación en la que se da la sudoración: Cuando hace calor.

SÍ NO

Disuria. *

Polaquiuria. *

Poliuria. *

Oliguria. *

Nicturia. *

Hematuria. *

Goteo terminal al orinar.	*		
Urgencia.	*		
Dificultad para iniciar la micción.	*		
Incontinencia fecal.	*		
Dolor al miccionar.	*		
Problemas de litiasis renal.	*		
Infección urinaria.	*		
HOMBRE	*		
Secreción a nivel del pene.	*		
Testículos dolorosos.	*		
	*		
Tumoración a nivel de testículos.	*		
Problemas Prostático.	*		
Enfermedad de transmisión sexual.	*		
Cambios en la libido.	*		
Impotencia.	*		
Preocupación acerca de la actividad sexual:	*		
MUJER			
Lesión genital.	*		
Secreción vaginal.	*		
Dispareunia.	*		
Sangrado poscoital	*		
Dolor pelviano.	*		
Cistocele.	*		
Rectocele	*		
Prolapso	*		
Infección vaginal.	*		
Enfermedad de transmisión sexual.	*		
Grávida: IIV	Para: IV	Aborto: I	C: O

Historia de menarquia: 12 años Ritmo 28 X 5 IUSA: a los 19 años Un solo compañero sexual, sin control anticonceptivo.

Historia de menopausia: 56 años sin reemplazo hormonal FU Regla 1959.

Preocupación acerca de la actividad sexual: Incapacitado para referir alguna.

4. - Necesidades de movimiento y postura.

	SI	NO
Articulaciones dolorosas	*	
Rigidez articular.	*	
Inflamación articular.	*	
Deformación de articulaciones.	*	
Espasmos musculares.	*	
Calambres.		*
Parálisis.		*
Paresias.		
Parestesias.		
Tics, temblores o espasmos.	*	
Debilidad muscular.	*	
Dolor de espalda		*
Problemas de deambulación.	*	
Prótesis.		*
Lesión cerebral		*

Clase de ejercicio que practica habitualmente: Ninguno.

En los últimos tres años sufridos algún traumatismo o caída: 1991 traumatismo ocular izquierdo, con vitrectomia. 1995 Recambio de lente intraocular por traumatismo ocular izquierdo, posterior a esto sufre caídas repetitivas produciéndose fractura de fémur en Dic. 1997 y con ello inicia síndrome de inmovilidad.

Escalas de valoración sobre:

Actividades de la vida diaria básicas: Katz 6 dependencia total en las 6 funciones.

Actividades de la vida diaria instrumentadas: Lowton, no valorable por presentar inmovilidad severa. (Veer anexo)

5.- Necesidades de descanso y sueño:

	SI	NO
Dolor de cabeza		
Vértigos.		
Vahidos.		
Rigidez meníngea.		
Dolor o sensibilidad en el cuello.		
Convulsiones.		
Síncope.		
Problemas de memoria.	*	
Disturbios del sueño.	*	

Traumatismo cefálico, importante en el pasado: No.

Valoración neurológica: No valorable.

Escala de valoración del estado mental: Mini mental Califica 5, lo cual indica deterioro grave

Condiciones del entorno que impide el descanso o sueño (sonido, luz, temperatura, colchón, etc.): Compartir el cuarto con otra compañera y que no se percibe la claridad del día o la oscuridad de la noche.

6.- Necesidades de usar prendas de vestir adecuado:

	SI	NO
Exhibicionismo.		*
Tiene capacidad para vestirse.		*
Tiene capacidad para desvestirse.		*
Las prendas de vestir están sucias.		*

Prendas de vestir inadecuado a la situación	*	
Espacio inadecuado para mantener su ropa limpia y en orden		*

Problemas físicos o del entorno que le impide lavar y planchar su ropa: Limitaciones físicas del paciente.

7. - Necesidades de termo regulación:

Temperatura: Promedio 36 °C.

	SI	NO
Exposición al sol	*	
Exposición al frío	*	
Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental.	*	
Habitación fría.		*
Habitación caliente.	*	
Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales.		*

Otras situaciones que impiden la termo regulación: Hipotiroidismo.

8. - Necesidades de higiene y protección:

	SI	NO
Lesiones de piel	*	
Heridas		*
Cambios en la pigmentación de la piel.		*
Cambios en la textura.		*
Cambios en los nevus.		*
Hematomas frecuentes.		*
Cambios en el pelo.		*
Cambios en las uñas. (gruesas)	*	
Callos.		*
Juanetes.	*	

Forma de cicatrización de las lesiones o de los hematomas: Lenta

Forma de hacer el auto examen de las mamas: No lo realiza.

Descripción de lesión cutánea o de los anexos de la piel: Úlceras por decúbito grado II en Muslo Izquierdo.

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: 16 Noviembre/ 6 Riesgo inminente de presentar más úlceras.

9. - Necesidad de evitar los peligros:

	SI	NO
➤ Somatización		*
➤ Hipocondriasis.		*
Factores de riesgo a caídas:		
➤ Suelo encerado.		*
➤ Suelo mojado.		*
➤ Cables en el piso.		*
➤ Suelo con desniveles.		*
➤ Falta de iluminación en escaleras.		*
➤ Falta de iluminación en la habitación.		*
➤ Existencia de alcantarillas.		*
➤ Barandillas en la cama.		*
Riesgos a accidentes.		
➤ Disminución auditiva.	*	
➤ Disminución visual.	*	
➤ Disminución de reflejos.	*	
➤ Otros. <u>Incapacidad física total para la deambulación.</u>		

10. - Necesidades de comunicación.

	SI	NO
➤ Ansioso.		*
➤ Deprimido.		*
➤ Accesos de llantos.		*
➤ Nervioso.		*
➤ Problemas para tomar decisiones.		*
➤ Dificultad para concentrarse.	*	
➤ Estrés o tensión actual.	*	
➤ Cambios en la voz.	*	
➤ Problemas de memoria.	*	
➤ Afasia.	*	
➤ Apraxia.	*	
OJOS.	*	
➤ Lagrimeo en exceso.		*
➤ Prurito en los ojos.		*
➤ Inflamación en párpados.		*
➤ Partículas flotantes.		*
➤ Diplopía.		*
➤ Visión borrosa.		*
➤ Cambios de visión. Fotofobia.	*	
➤ Escatoma.		*
➤ Uso de gafas o lentes. (Lente Intraocular.	*	
➤ Infección o dolor frecuente.	*	
OIDO		
➤ Tinnitus.		
➤ Secreción ótica.		
➤ Vértigo.		
➤ Sensibilidad auditiva.		
➤ Infección ótica.		

- Prótesis auditivas.
- Cambios en la audición.

*

Manejo de satisfacción frustración: No se puede valorar.

Mecanismos de adaptación habituales: No se puede valorar.

Fecha y resultado de su último reconocimiento visual: 1995 después del traumatismo ocular.

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma: Abril de 1995.

Fecha y resultado de su último examen otológico: Abril de 1995.

Costumbres particulares en el cuidado del oído: Ninguna en particular.

Tipo de comunicación verbal: Por lo regular con pocas palabras en ocasiones solo la expresión.

Tipo de comunicación no verbal: A través de gestos con los ojos y la boca.

Actitud y facilidad de relación: Se muestra apática.

Utilización de mecanismos de defensa: Apatía.

Condiciones del entorno que limitan la comunicación: Actitud de ambos cuidadores, la de la paciente y su compañera de cuarto (T.V. A alto volumen.

Calidad y cantidad de la interacción familiar (filiograma anexo): Cuenta con 2 hijas, un hombre y una mujer, los cuales están al pendiente de ella, su hija acude todos los domingos de 12:00 a 17:00 al HESP.

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): No valorable.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

	SI	NO
➤ Viste de acuerdo a un grupo social o religioso.	*	
➤ Pertenece a una religión concreta.	*	
➤ Dios tiene importancia para ella o él	N	
Le resulta de ayuda:	O	
➤ La oración.		

➤ La lectura.	V
➤ La escritura.	A
➤ Alguna práctica religiosa.	L
La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:	O
➤ Dios.	R
➤ Sobre la fe.	A
➤ Sus propios sentimientos.	B.

Significado de Dios para ella o él:

Qué es lo que más le preocupa al estar enferma:

Quién o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda:

Qué es lo que más le ayuda cuando tiene miedo:

tiene algún temor o esperanza en concreto:

Tiene algún asunto o negocio pendiente:

Como maneja las pérdidas significativas: La pérdida de su esposo la superó en 3 meses.

Sentimientos sobre la muerte: No valorable.

12. - Necesidades de trabajo y realización.

Problema para realizar algún trabajo:

	SI	NO
Neuromuscular.	*	
Nervioso.	*	
Órganos de los sentidos.	*	
Situación laboral actual: <u>Asilada.</u>		
Autorrealización: <u>No valorable.</u>		

13. - Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas:

	SI	NO
Impedimento físico.	*	
Impedimento mental.	*	
Pertenece a algún grupo de la tercera edad.		*
Rechaza las actividades.	*	
Ocupación del tiempo libre: <u>Solo la cuidadora la saca a pasear al jardín.</u>		
Qué hace para resocializarse: <u>Solo convive con su compañera de cuarto, cuidadora, e hijos.</u>		

14. - Necesidad de aprendizaje:

Escolaridad: Secundaria.Capacidad de atención y memoria: Mini mental 5. Deterioro grave.Interés por aprender su auto cuidado: Ninguno, es apática y la mayor parte del tiempo permanece somnolienta si no se le estimula.

V. Medicamentos: prescritos, no prescritos o medicina tradicional.

NOMBRE DE FARMACO	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	ULTIMA TOMA	REACCION ALERGICA
Sinemet	250/25	½ ¼ ¼ ¼	24 Julio	actualmente	No.
Dilatrem	25 mg	¼ c/24 hrs.			
Lasix	20 mg	c/3 días.			
Eutirox	100 mg	¼ c/24 hrs.	18 Abril		
Ferramina Fol.		c/12			
Mucosolvan		c/24			

Desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: No valorable.

Realiza algún control adicional con su tratamiento médico como son:

Dieta: Si

Ejercicio: No.

Control de glucosa en sangre: Si.

Control de glucosa en orina: Si.

Revisión periódica de:

Visión: No.

Audición: No.

Papanicolao: No

Prostática:

Memoria: Si.

Otra:

Control de anticoagulantes: No.

Con qué frecuencia visita al médico: El médico la visita cada que lo requiere.

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: Los internos o el médico adscrito del H. Español.

Utiliza medicina alternativa: No.

Observaciones:

La paciente solo expresa palabras cortas y aisladas, presenta inmovilidad severa somnolencia o estupor todo el tiempo por lo que resultó muy difícil su valoración. Todas las preguntas fueron contestadas por su hija y el cuidador primario.

Fecha de realización: 4 agosto de 1998.

Nombre y firma de quien la realizó: V R A.

Exámenes de Laboratorio.

15. Sept 98.

Urea 72.9

Hb 11.6 Ac. Fólico- Normal

BUN 34.1

Hto 36.3 Vit. B12- Normal

Ac. úrico 7.9

CHGM 31.9

Albúmina 3.2 ES K 4.6
 Globulina 3.8

21. - Noviembre: Glucosa 142 mg/dl BUN 23.3 mg/dl.

29. - Nov. EGO.

Turbio

Celdilla +

PH 6.5

Vogel IV (califica color y este es café oscuro puede deberse a sangre o materia fecal.

Uribilinogen ++++

Nitritos positivos.

Leucocitos 7-8 /campo.

Entrocitos 6/campo.

29. - Nov.

	Referencia	Pte.
Sodio	138-145 mmul/l	135
Potasio	3.8 -5.5	5.1
Cloruro	98 - 109	97
CO ₂	23 - 31	28

PERFIL TIROIDEO.

Valores de referencia.	18 Abril	1 Mayo	23 Junio	24 Julio	15 Agosto	27 Nov.
0.51 - 1.65 mg/m	0.0	0.30	0.42	0.54	0.52	0.36
1.80 - 4.70 pg/ml	0.0	1.39	2.08	2.18	2.26	1.47
4.5 - 12.0 Mg/dl.	4.52	4.31	6.05	7.33	7.96	7.88
0.71 - 1.85 ng/dl.	1.23	1.27	1.91	1.88	2.20	2.05
.72 - 1.24 ^u / cap.	0.54	0.50	0.49	0.60	0.57	0.60
.047 - 5.0 mu.1 / ml	3.0	0.31	.85	0.79	0.08	0.45
5.00 - 12	8.37	8.62	12.35	12.22	13-96	13.13

e de
ina

ot. Ácido Fólico Sérico + 24 (Mas de 24 hrs.) Referencia 6-20 ng / ml.

o Nivel Sérico Vit B-12 (Por el sistema MEIA) 1356 pg/ml Referencia 179-1132 pg/ml.

Exámenes de Gabinete.

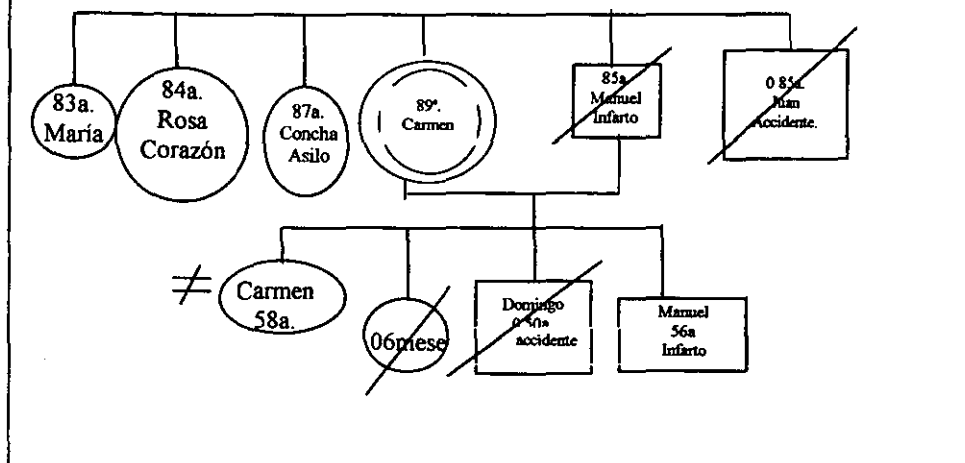
- * TAC. Simple de Cráneo: Múltiples calcificaciones de placas de ateromas intracavernoso y supraglenoideas, aumento del 3er. ventrículo. Observándose áreas de rarefacción de sustancia blanca peri ventriculares del lóbulo frontal y occipital.
- * Tele de Tórax. Descalcificación ósea, incremento de la trama bronco pulmonar.
- * Rx. Abdomen 28 de Nov. 98?
Yeyuno dilatado, niveles hidroareos, abundante materia fecal en todo el recto sigmoides y sonda de gastrostoma con buena coloración.
- * Estudio: 1 de Sept. 1998.
Gama grama de perfusión Cerebral.
Proyecciones S.PECT.

Se encuentra inadecuada captación de H M-PAU por hemisferios cerebrales, con distribución heterogénea, debido a presentar un defecto focal, de tamaño pequeño, localizado en la región parietal izquierdo así como menor concentración en regiones parietotemporales bilateralmente.

Comentario:

El estudio centelleográfico muestra datos compatibles con un pequeño defecto focal, sugestivo de infarto, localizado en región parietal izquierdo, así como datos agregados de probable patología degenerativa del tipo Enfermedad de Alzheimer.

Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud de cada uno de los pacientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear y extendida.



Simbolos



Hombre



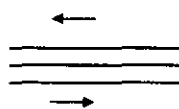
Mujer



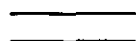
Fallecido



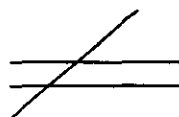
Paciente problema



Relaciones Fuertes



Relaciones débiles.



Relación con estrés

NECESIDADES HUMANAS IDENTIFICADAS.

OXIGENACIÓN	ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	ELIMINACIÓN	MOVIMIENTO Y POSTURA	DESCANSO Y SUEÑO
<p>D.INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *F.R=20/min. *F.C=80/min. *TA=100/60 *Ritmo respiratorio regular *Piel y mucosas color rosado <p>D.DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Secreciones *Tos *Amplitud respiratoria superficial >Tono muscular y rigidez de los mus.respiratorios *Cambios Fisiológicos del envejecimiento *Falta de conocimientos de la paciente y cuidadora. 	<p>D.INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Empieza a tolerar V.O *Di etología aporta una dieta balanceada. <p>D.DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Físicamente no es capaz de ir de compras, así como tampoco de prepararse sus alimentos y llevarse los a la boca. *El deterioro intelectual no le permite hacer planes para satisfacer sus necesidades alimenticias, además de que no las comprende. *Deterioro del reflejo de deglución *Alteración del gusto *Falta total de piezas dentarias *Falta de apetito y peso *Instal. de gastrostomía 	<p>D.INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Orina: la coloración, olor, Ph, densidad y cantidad son normales. <p>*Heces: coloración, consistencia y frecuencia son normales.</p> <p>D.DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Incontinencia urinaria por rebosamiento por lo que se instaló sonda foley. *Incontinencia fecal 	<p>D.INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se puede sostener en posición sédente <p>D.DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Articulaciones dolorosas por artritis reumatoide desde 1980 *Acentuada rigidez articular desde 1998. *Anquilosis del 3 er. ortojo mano izquierda. *Temblores finos desde 1998 *Contractura en flexión en ambos Ms.Inf. *En Ms.Sup. presencia de rueda dentada bilateral. *Dependencia total en AVD y AVDI. *Marcha y balance de Tinneti no valorable. *Según E.Cruz Roja , calif.0, dependencia total. 	<p>D.INDEPEND.</p> <ul style="list-style-type: none"> *El sueño durante la noche es de 6 hrs. seguido <p>D: DEPENDEN.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Durante el día por lo general permanece en estado de somnolencia con periodos cortos de alerta. *Apatía, fatiga, disminución del poder de concentración, confusión y desorientación.
VESTIR	TERMORREGULACION	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	EVITAR PELIGROS	COMUNICACIÓN
<p>DATOS DE DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Dificultad para mover los Ms. Superiores. e inferiores. *Apatía en el hecho de vestirse y desvestirse. 	<p>DATOS DE DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Temperatura 36 o C *Falta de exposición al sol *En ocasiones prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental. *Diagnóstico de hipotiroidismo en abril de 1998, actualmente sus niveles de H. tiroidea se encuentran normales. 	<p>D. INDEPENDEN.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Coopera en mover su cuerpo ligeramente durante el baño. <p>DATOS DE DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Úlcera por presión grado III, en muslo izquierdo. *Riesgo inminente de úlceras por presión valorado según Escala de Norton. 	<p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Presbiacusia sin contar con aparato auditivo. *Vitrectomía ojo izquierdo *Catarata en ojo derecho. *Presencia de reflejo de búsqueda, palmo-mentoniano. *Incapacidad total para mantener el equilibrio. *Síndrome de inmovilidad severa. *Deterioro del reflejo de deglución. *Deterioro cognoscitivo severo. 	<p>D. INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Sus dos hijos la apoyan y siempre acuden al hospital cuando se les solicita. <p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Visión borrosa, ambos ojos. *Dis. de la audición y del gusto. *Afasia y mutismo *Rigidez de los músculos faciales, laringe y faringe. *Pérdida de la memoria reciente y remota. *Dificultad para la comprensión.y aprendizaje *Lenguaje corto y poco claro. *Confusión y desorientación

CREENCIAS Y VALORES	TRABAJAR Y REALIZARSE	RECREARSE	APRENDIZAJE
<p>D. INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Pertenece a la religión católica. *La pérdida de su esposo la supero en 3 meses. <p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Actualmente a dejado de asistir a la iglesia, así como tampoco cuenta con imágenes religiosas en su cuarto. 	<p>D. INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cuenta con el apoyo económico de sus hijos. <p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Debilidad muscular generalizada. *Deterioro de los órganos de los sentidos. *Somnolencia *Asilada en la Beneficencia Española. 	<p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Impedimento física y mental. *Dificultad para concentrarse y conservar la atención. *Alteración en todos los proceso de pensamiento. *Apatía *Somnolencia. 	<p>D. DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Escolaridad: Secundaria *Mini-mental 5 puntos *Por el deterioro intelectual no se puede evaluar que tanto sabe de su enfermedad por lo que esta necesidad es necesaria evaluar tanto en el cuidador primario como en la hija de la paciente. <p>Cuidadora : Cuenta con primaria únicamente.</p> <p>Hija de la paciente: cuenta con carrera técnica terminada.</p>

Análisis del Caso.

En la revisión de los antecedentes patológicos de la paciente sobresale en 1980 problemas de artritis reumatoide.

En 1995 los problemas musculares con dolor en región lumbosacro por artropatía degenerativa de la columna cervical. En ese mismo año (abril) las presenta incoordinación motora de mano derecha de intención, no pueda tomar objetos y a la marcha arrastra los pies.

Estos problemas de movimiento en noviembre ocasionaron caída desde su misma altura y con ello traumatismo ocular izquierdo, que para su tratamiento requirió cirugía ocular. Posterior a la cirugía presentó alteraciones cognitivas, pérdida progresiva del estado de la atención, memoria de fijación, así como alucinaciones visuales. A partir de entonces sufre caídas repetitivas.

En 1997 diciembre, sufre otra caída, que limita de manera importante su movilidad y con ello el estado cognitivo.

En 1998 abril ingresa al hospital Español por neumonía basal y úlceras por presión en diferentes partes del cuerpo.

Todo lo anterior hace pensar que la enfermedad de Parkinson en la paciente inició en 1980 y se vio enmascarada por los problemas artríticos ya que esta enfermedad puede producir actitudes musculares similares a la de la enfermedad de Parkinson, sin embargo la evolución lenta y progresiva del padecimiento 15 años después nov. 1995 y diciembre 1997 alcanza su máxima expresión, ya que la paciente a esta fecha presenta problemas serios de movimientos (síndrome de inmovilidad) y deterioro cognitivo.

Para 1998 abril otro padecimiento se suma al cuadro, el hipotiroidismo, acentuando cada vez más el síndrome de inmovilidad y deterioro cognitivo.

Para junio 1998 presenta marcada rigidez de las extremidades por lo que en Julio se diagnostica tardíamente enfermedad de Parkinson e inicia la administración de Levodopa.

En la paciente la dependencia en todas las necesidades está dada por las tres causas de dificultad, falta de fuerzas, de voluntad y de conocimientos.

Por la irreversibilidad y el deterioro progresivo que acompaña a las diferentes patologías de la paciente, la dependencia será total y permanente.

Capacidades y recursos de la persona y su entorno:

Paciente asilada, en la Beneficencia Española, en un cuarto compartido de la Unidad de Geriatria.

Cuenta con cuidadora de Lunes a Sábado de 8:00 a 20:00 hrs. los domingos acude su hija de 13:00 a 17:00 hrs.

Las actividades de enfermería serán de ayuda a la cuidadora, pero de sustituta en la paciente.

9.2. -PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD : COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con problemas a nivel sensitivo- motor, dificultad para el individuo de comprender los estímulos que recibe y utilizar su juicio, su imaginación y su memoria, manifestado por afasia, disartria, mutismo e incapacidad para manipular el lápiz.

OBJETIVO:

Ayudar a las personas del entorno del enfermo a establecer una comunicación verbal y no verbal eficaz para comprender las necesidades de la paciente a mediada que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- *Dirigirse amablemente, de forma abierta, amistosa y relajada.
- *Hablar con el paciente con un tono claro y alto.
- *Reducir el ruido ambiental al hablar
- *Identificarse siempre y mirar directamente.
- *Valorar la audición y visión en caso de observar déficit, remitirlo para evaluación y tratamiento.
- *Observar el comportamiento no verbal, como la expresión facial, lenguaje corporal y aumento de la intranquilidad.
- *Explicar a la paciente que una forma de comunicarse puede ser a través de gestos y movimientos corporales.
- *Dar suficiente tiempo para que se exprese
- *Realizar preguntas sencillas que requieran respuestas concretas.
- *No dar mucha información al mismo tiempo.
- *Dar ordenes sencillas paso a paso y utilizar la reformulación
- *Utilizar fuentes de comunicación alternativa a la expresión verbal, (dibujos, fotografías, revistas etc.
- *Al realizar alguna actividad describirla.
- *Estimular al paciente a describir historias de su pasado, utilizando un álbum de fotografías y ayudarlo cuando sea necesario.

****Enseñar a la cuidadora y familiares las técnicas y procedimientos adecuados para mantener la comunicación.**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración de los procesos de pensamiento, relacionado con pérdida de la memoria remota y reciente, deterioro del juicio, manifestado por confusión y desorientación en tiempo, espacio y lugar.

OBJETIVO

Ayudar al cuidador a controlar el comportamiento del paciente provocado por el deterioro mental y adoptar medidas que compensen la demencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- *Mantener al paciente en un ambiente habitual, coherente y rutinario.
- *Colocar un calendario grande en su cuarto y marcar con una x cada día, para que pueda identificar la fecha correcta.
- *Llevar un diario para registrar las fluctuaciones del estado de consciencia.
- *Colocar su reloj y pedirle diariamente la hora y fecha.
- *Colocar etiquetas con el nombre de los objetos, habitaciones y personas con las que el paciente tiene contacto regular.
- *Hacer grandes y sencillas señales indicando las actividades como: comer, paseo al jardín, terapia de rehabilitación, dormir, baño de regadera, etc.
- *Explicar cada una de las actividades que se hace con la paciente.
- *Decorar el cuarto de la paciente con retratos, cuadros y flores.
- *Durante el día abrir las cortinas y durante la noche cerrarlas para que perciba el cambio del día a la noche.
- *Mantenerla despierta la mayor parte del día.
- *Durante el día colocarle su ropa normal y durante la noche su camisón de dormir.
- *Estimulación sensorial: Oído: Que escuche música de su tiempo y hablarle
- Visual: Mostrarle los mensajes hechos con letras grandes, mostrar fotografías y dibujos. Olfato : colocar flores aromáticas, Tacto: Tocarla , acariciarla, darle masajes con la mano y con un cepillo.
- **Enseñar y concientizar a la cuidadora y familia la importancia de realizarle todas las actividades de orientación.**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Aislamiento social, relacionado con síndrome de inmovilidad y deterioro cognoscitivo severo, manifestado por aburrimiento, apatía e indiferencia.

OBJETIVO:

Enseñar a la cuidadora a resocializar a la paciente mediante actividades de convivencia con las demás personas del asilo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- *Llevar a la paciente a visitar diariamente a alguna de sus compañeras
- *Llevarla a pasear al jardín
- *Cuando haya terapia que asista y se estimule a que participe por mínima que sea su participación.
- *Estimularla a que conviva y se comunique con su compañera de cuarto.

*Pedirle a su hija que en la medida de lo posible aumente su estancia y visitas con la Sra. Carmen y así mismo que pida a sus familiares que la visiten.

**Concientizar a la cuidadora de la importancia de que la paciente conviva e interactue con las personas de su entorno.

EVALUACION:

Al inicio de las intervenciones (4 de Agosto), la comunicación verbal estaba ya deteriorada pues solo a través de gestos, sonrisas, movimientos y algunas palabras se comunicaba. Su atención solo se podía mantener por periodos de 1 a 2 hrs. Para el 16 de Noviembre se deterioro más, periodos de apatía, somnolencia e indiferencia eran más frecuentes. Conducta que era mal interpretada por la cuidadora y la familia. Los estímulos con los cuales se lograba mantener su atención eran extremos (hablarle en tono de voz alta o colocar en sus manos cosas muy frías). Conforme transcurrieron los días la comunicación se deterioro más al grado de que a principios de diciembre, a pesar de que se estimulara, ella permanecía inmóvil, sin alguna reacción. Por lo se puede decir que a pesar de haber implementado actividades para mejorar la comunicación verbal y no verbal de la paciente, esto no fue posible debido a la rápida evolución de la enfermedad a un estadio avanzado y el poco interés tanto de la familia como de la cuidadora por conocer acerca de la enfermedad de la paciente y así poder colaborar correctamente en las intervenciones de enfermería.

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA Y EVITAR PELIGROS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física, relacionado con encamamiento prolongado, enfermedad de parkinson y demencia, manifestado por rigidez de las articulaciones, atrofia y contracturas musculares.
OBJETIVO: A través de la demostración específica de actividades, enseñar a la cuidadora a mejorar y mantener la capacidad motriz de la paciente.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA *Colocar una bola de algodón en cada mano y vendarla. *Valorar la capacidad física y la amplitud de movimiento. *Iniciar un programa de ejercicios pasivos, isotónicos e isométricos de cabeza, manos, brazos, tronco y extremidades. *Estimular a la paciente para que durante el baño, vestido y comida mueva las partes de su cuerpo correspondientes, por mínimos que sean los movimientos. *Por medio de la manipulación de la masa terapéutica y la colocación de objetos pequeños dentro de un recipiente se estimulará a la paciente para que movilice sus Ms. Sup. , En sesiones de 15 min. , Diario. *Por medio del rodaje de una botella en el piso con sus pies, se estimulará a la paciente para que mueva sus Ms.Inf., en sesiones de 15 min. *Mantener alineada en forma anatómica el cuerpo de la paciente. **Enseñar a la familia y cuidadora las técnicas para movilizar y mantener alineados los segmentos corporales.
EVALUACIÓN: Al inicio de las intervenciones su capacidad física en cuanto amplitud de movimientos se encuentra disminuida, por lo que al tratar de realizar tanto ejercicios activos y pasivos se queja de dolor, sin embargo después de una semana de iniciadas las intervenciones se logra mejorar en general la movilidad de la paciente a nivel de miembros superiores. La paciente es capaz de sostener una cuchara y llevarla a la boca, puede manipular cubos y la masa terapéutica, pero al interrumpir las intervenciones por espacio de 4 días e intentar reiniciar los avances en un 80% se perdieron y 15 días después, ya no lo puede hacer, ahora necesita ayuda, días después rechaza toda actividad. La colaboración de la cuidadora es nula por iniciativa propia, pues se pudo observar que solo mientras se daba la enseñanza, ella hacía la devolución del procedimiento, posteriormente no.

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y EVITAR PELIGROS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, manifestado por presencia de úlcera por presión de 3er. grado en el muslo izquierdo. Potencial deterioro de la integridad cutánea en zonas de presión relacionado con inmovilidad permanente.
OBJETIVO: Enseñar a la cuidadora y realizar acciones específicas de enfermería encaminadas a mantener la integridad cutánea del cuerpo y favorecer su regeneración en el muslo izquierdo así como evitar la infección.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: *Realizar curación de la úlcera dos veces al día. *Evaluar constantemente el desbridamiento de la úlcera. *Realizar cultivo de la úlcera. *Reducir la presión en el área afectada y en el resto de las prominencias óseas por medio de la colocación de colchón de agua y almohadas, cambios posturales cada 2 hrs. durante las 24 hrs. Cuando esté sentada, colocar una almohada en el asiento y propiciar movimiento o cambio de postura cada 30 min. *Cuando se realicen ejercicios pasivos, evitar la fricción al desplazar las articulaciones. *Desplazar cada articulación hasta que la mano toque con resistencia, pero sin que surja dolor. *Evitar movimientos por arrastre y fricción *Evitar todo tipo de ropa o calzado que produzca presión o fricción en la piel. *Cuando la paciente esté acostada la ropa de cama y la del paciente deberá estar completamente estirada o modo de que no ocasione presión. *Realizar masajes corporales coincidiendo con los cambios posturales. *Mantener limpieza cuidadosa del cuerpo, vigilando que la piel permanezca seca. *Valoración continua de la piel y tegumentos. **Enseñar a la familia y cuidadora las medidas adecuadas a su alcance para mantener y/o regenerar la integridad cutánea.
EVALUACIÓN: Aunque la inmovilidad es permanente, la cuidadora comprende realmente la importancia de movilizar constantemente a la paciente, por lo que la úlcera sana completamente y el resto del cuerpo se mantiene, sin datos de úlceras por presión.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

NECESIDAD: OXIGENACIÓN Y EVITAR PELIGROS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Limpieza ineficaz de vías aéreas, relacionado con pérdida del tono muscular, rigidez de los músculos del tronco y mala técnica de alimentación oral, manifestado por tos y presencia de secreciones.

OBJETIVO:

Realizar y orientar a la cuidadora en las actividades específicas encaminadas a mantener vías aéreas permeables de la paciente

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- * Valorar frecuencia, ritmo y amplitud respiratoria.
- * Auscultar ruidos respiratorios
- * Realizar ejercicios respiratorios, soplar con un popote en un vaso con agua.
- * Palmo percusión cada 4 hrs.
- * Enseñar y practicar junto con ella las respiraciones profundas (diafragmática) y el método correcto de toser.
- * Aspiración oro faríngea, si el paciente no puede toser eficazmente.
- * Mantener un ambiente húmedo, nebulizador cada 4 hrs. por 10min. o PRN.
- * Mantener una hidratación adecuada.
- * Oxigenoterapia PRN. 2 lit. /min.
- * Toma de muestra para gasometría.
- ** Enseñar al cuidador primario, como debe ayudar al paciente para que realice los ejercicios respiratorios y la palmo percusión.
- ** Concientizar a la cuidadora la importancia de realizar la rutina de fisioterapia respiratoria

EVALUACIÓN:

Las acciones de enfermería tuvieron poco éxito debido a que la paciente presentaba muy poca fuerza para soplar con el popote y la cuidadora no realizó de manera rutinaria la fisioterapia, aún así se logró disminuir las secreciones.

NECESIDAD. NUTRICIÓN Y EVITAR PELIGROS**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:**

Potencial deterioro de la nutrición, menor a las necesidades corporales, relacionada con incapacidad para deglutir y reciente gastrostomía.
 Potencial riesgo de aspiración relacionado con deterioro del reflejo de deglución.
 Potencial infección relacionada con la incisión de gastrostomía y la acción enzimática de los jugos gástricos de la piel.

OBJETIVOS:

Orientar a la cuidadora en las actividades a realizar para mantener en buenas condiciones de higiene la incisión de la gastrostomía.
 Coordinarse con la nutrióloga y dietista para que la alimentación reúna las características nutritivas necesarias.
 Orientar a la cuidadora en la técnica de alimentación oral y por gastrostomía para minimizar el riesgo de neumonía por aspiración.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- *Vigilar que la dieta reúna las características necesarias de nutrición y alimentación.
- *El paso de la fórmula se hará lentamente de 400ml. cada 8 hrs. , Está deberá estar a temperatura ambiente.
- *Instalar la fórmula únicamente con el paciente sentado y evitar acostarlo hasta 2 hrs. , después de terminada la fórmula.
- *Evitar instalar la fórmula cuando el paciente este acostado o su defecto elevar la cabecera de la cama a 30 grados.
- *Seguir estimulando la ingestión de alimentos V:O, con las siguientes precauciones: evitar los alimentos duros y secos, ofrecer alimentos líquidos en poca cantidad, permitir el tiempo adecuado para que degluta el alimento antes de darle otra cucharada, cuando el paciente este comiendo evitar distracciones y aconsejarle que no hable con la boca llena.
- *Evitar darle gran cantidad de alimentos V: O después o antes del paso de la fórmula, dejar que transcurra por lo menos 1 hora.
- *Proceder a la limpieza de la boca después de cada comida.
- *Valoración constante del estado de la gastrostomía así como curación diaria.
- *Proteger la piel que rodea la gastrostomía.
- *Sujetar la sonda en una superficie externa para disminuir la retracción de la sonda.
- **Enseñar a la cuidadora las precauciones a seguir durante la alimentación.

EVALUACION:

La paciente ha mejorado su estado nutricional desde la instalación de la gastrostomía, la incisión se ha mantenido en buenas condiciones. Aunque la alimentación vía oral sigue siendo aceptada por la paciente, se valoro que esto solo se puede hacer mediante supervisión de alguna enfermera, ya que la cuidadora a pesar de haber recibido las indicaciones para que lo realice correctamente, esto no se ha hecho así, ya que una bronconeumonía por aspiración esta presente. A pesar de recibir la cuidadora indicaciones de no dar comida vía oral a la paciente, esta lo sigue haciendo a escondidas, situación que ha deteriorado el estado de salud por la constante bronconeumonía por aspiración.

NECESIDAD. VESTIDO, TERMORREGULACIÓN, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y EVITAR PELIGROS.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA :

Posible alteración de la temperatura corporal, relacionada con ropa inadecuada e hipotiroidismo.

OBJETIVOS:

Orientar a la cuidadora en actividades para mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales y así evitar enfermedad de las vías respiratorias en la paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

*Valorar signos de hipotermia.

*Mantener a la paciente abrigada e inclusive colocar guantes y gorro cuando sea necesario.

*Eliminar corrientes de aire.

*Cuando el paciente se cambie o bañe, realizarlo de manera rápida para evitar enfriamiento.

*Evitar dar líquidos fríos.

*Ayudar a la paciente en el vestido y baño.

**Enseñar a la cuidadora las medidas a seguir para evitar el enfriamiento en la paciente y la falta de medidas higiénicas.

EVALUACION:

La paciente se mantiene en su temperatura normal y en buenas condiciones de higiene.

NECESIDAD :ELIMINACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Potencial infección de vías urinarias relacionada con instalación de sonda foley a permanencia.
OBJETIVO Orientar a la cuidadora en las actividades adecuadas para evitar infección de vías urinarias
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA *Cambio de sonda foley cada 15 días *Proporcionar cuidados a la sonda foley *Vigilar características de la orina. *Valorar la pertinencia de introducir a la paciente en un programa de adiestramiento vesical. **Enseñar al cuidador el manejo de la sonda foley.
EVALUACIÓN: No presento infección de vías urinarias. La capacidad cognitiva y física de la paciente no fue la adecuada para incluirla dentro del programa de readiestramiento vesical.

NECESIDAD:ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Sufrimiento espiritual relacionado con separación de los vínculos religiosos, manifestado por apatía.
OBJETIVO: Mejorara el bienestar espiritual a través de estimular su participación en actividades religiosas .
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: *Llevar a la paciente a todas las festividades religiosas de la Beneficencia Española. *Acudir a la iglesia por lo menos una vez a la semana. *Colocar imágenes religiosas en el cuarto de la paciente. **Concientizar a la cuidadora el bienestar espiritual que produce el seguimiento de las prácticas religiosas.
EVALUACIÓN: Las actividades se realizaron de manera satisfactoria, pues la cuidadora es católica, sin embargo el estado confusional o la deficiente comunicación de la paciente hacen invalorable los resultados obtenidos en esta necesidad.

NECESIDAD: APRENDIZAJE Y EVITAR PELIGROS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Dificultad en el mantenimiento de la salud, relacionado con la falta de conocimientos de los familiares, cuidador y paciente, manifestado por acciones realizadas incorrectamente.
OBJETIVO: Proporcionar a la cuidadora la orientación necesaria sobre las enfermedades para que proporcione atención calidad a la paciente.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA *Están encaminadas a enseñar al cuidador primario todo lo necesario a cerca del cuidado de la paciente. Están marcadas con doble ** al final de las intervenciones de enfermería por cada necesidad.
EVALUACIÓN El cuidador primario mostró poco interés por aprender. Pero además sus creencias de salud, no permitieron que realizara de manera optima las actividades que se le indicaron.

5.3 CONCLUSIONES.

Los avances en la tecnología actualmente han incrementado la esperanza de vida, ocasionando que enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad de Parkinson y demencia alcancen su máxima evolución.

Situación que debe preocupar a todo profesional de salud, debido a que cuando estas enfermedades no son diagnosticadas y tratadas en estadios tempranos por personal capacitado, la evolución de la enfermedad llega a estadios avanzados con serias complicaciones, en donde las intervenciones de enfermería de rehabilitación no mejoran el estado de salud de la paciente convirtiendo al anciano en una persona dependiente de terceras personas con pobre calidad de vida y una carga para su familia y la sociedad.

Es el profesional de la especialidad de enfermería del anciano quién debe desempeñar el rol de educador al cuidador primario y familia sobre los cuidados necesarios y oportunos para potencializar al máximo las capacidades del adulto mayor mejorando así su calidad de vida.

Es entonces importante que la especialista en enfermería del anciano se apoye de recursos como el proceso atención de enfermería y un marco conceptual para realizar intervenciones de enfermería sistematizadas y fundamentadas.

En la elaboración del presente trabajo y en el transcurso de la especialidad de enfermería del anciano emplear el proceso atención de enfermería y como marco conceptual la teoría de Virginia Henderson permitió focalizar la atención en los fenómenos de interés y con ello una explicación de estos, para posteriormente derivar intervenciones de enfermería individualizadas.

La teoría de Virginia Henderson como marco de referencia explico porque cuando las necesidades presentes no son satisfechas oportunamente, estas se interrelacionan y pueden llevar al adulto mayor de un estado de independencia a la dependencia.

Dicha situación es determinante en la calidad de vida del adulto mayor, ya que el proceso de envejecimiento normal implica declinamiento de sus capacidades que si no son potencializadas oportunamente, el declinamiento es más rápido y mayor.

Al mismo tiempo utilizar la lista de etiquetas diagnósticas y la técnica PES para estructurar el diagnóstico de enfermería permitió reunir la información necesaria en un enunciado para describir el estado de salud del paciente. De esta manera se estableció un medio de comunicación entre el personal de salud encargado del cuidado del paciente.

Sin embargo es importante mencionar que la falta de conocimientos del personal de enfermería y médico del Hospital Español, acerca de la Teoría de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería no permitió la retroalimentación con respecto al manejo del paciente.

A pesar de contar con un marco conceptual y una metodología, los objetivos trazados al inicio del trabajo solo se cumplieron parcialmente debido a varios factores.

Primero la enfermedad de Parkinson y demencia de la paciente se encontraba en un estudio avanzado con complicaciones que ocasionaron incapacidad severa, lo que impidió la participación activa de la paciente en el plan de atención de enfermería y por lo tanto dependencia total de la cuidadora para la satisfacción de las 14 necesidades.

Dicha situación colocó a la cuidadora y a la familia en un papel determinante para mantener o mejorar el estado de salud de la paciente. Sin embargo aunque se buscó el apoyo de la familia, esta no se involucró, dejando totalmente la responsabilidad a la cuidadora. Por lo que el plan de atención en gran porcentaje se dirigió a proporcionar orientación a la cuidadora, para potencializar oportunamente las capacidades del adulto mayor, esto no se logró ya que la falta de capacidad, creencias y conductas arraigadas de la cuidadora no permitió que ella acatará las indicaciones correctamente obstaculizando el éxito de las intervenciones de la enfermera especialista sobre todo para la satisfacción de las siguientes necesidades.

En la necesidad de movimiento y postura aun cuando se le indicó a la cuidadora que realizar movimiento pasivo a la paciente, ella no lo hizo por lo que el síndrome de inmovilidad se agudizó en los miembros superiores e inferiores con marcada rigidez.

En la de comunicación piensa que la apatía y somnolencia de la Sra. Carmen Gavito, se debe a que esta enojada y no quiere hablar con nadie y no que son manifestaciones propias de la enfermedad.

En la de nutrición nunca comprendió la importancia de darle sus alimentos en pocas cantidades y mantenerla sentada durante su alimentación, así como tampoco el porque se había retirado la vía oral, ya que ella a escondidas lo seguía haciendo.

Por toda la problemática que giró alrededor de la paciente con Demencia fue determinante el rol que desempeñó el cuidador primario, ya que la dependencia total y permanente hacia este, hizo que se convierta en un sustituto como lo refiere Virginia Henderson en su teoría “Es la pierna del amputado, la conciencia del inconsciente”, dicha situación creó una gran responsabilidad en esta persona, por ser quien en muchas ocasiones tuvo la oportunidad de realizar a su criterio actividades para la satisfacción de las necesidades del paciente. Sin embargo la poca captación de conocimiento acerca del cuidado y manejo de un paciente con enfermedad de Parkinson y demencia no contribuyo a mejorar el estado de salud de la paciente.

Si el cuidador primario o familia, cuenta con la asesoría y supervisión necesaria y oportuna de la enfermera especialista, pero además con el suficiente criterio y conocimientos para tomar decisiones en la realización de actividades, estas serán en beneficio del paciente, de lo contrario se convierte en un obstáculo para el éxito de las intervenciones del equipo de salud pero en especial de la enfermera especialista.

5.4 SUGERENCIAS.

En el manejo de todo paciente con enfermedad de parkinson es necesaria la participación multidisciplinaria de los profesionales de salud para la satisfacción de las necesidades. Sin embargo en aquellos pacientes que cursan un estadio avanzado de la enfermedad es de vital importancia. Es la enfermera especialista en el anciano quien debe coordinar las intervenciones de los profesionales de la salud con la finalidad valorar el momento oportuno de participación cada uno.

La participación de los profesionales de los servicios de medicina física y rehabilitación, terapia ocupacional, fonoaudiología, atención psicológica y nutrición son de vital importancia para mejorar la calidad de vida del paciente.

El servicio de rehabilitación y medicina física es esencial ya que los ejercicios indicados contribuyen a mejorar el equilibrio, la coordinación de movimientos y fortalecen los músculos respiratorios. La terapia ocupacional trata de conseguir que el paciente tenga la máxima independencia funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, lo que sin duda alguna mejora la adaptación e integración social.

El servicio de fonoaudiología contribuye a conseguir una mayor fluidez del habla, mejora la calidad de la dicción y la caligrafía.

La atención psicológica es importante ya que a menudo los pacientes con enfermedad de Parkinson y sus familiares a menudo se ven afectados por trastornos psicológicos como; estados depresivos o ansiedad, debido a las dificultades que se para adaptarse a la enfermedad. Por lo que la atención psicológica es fundamental para prevenir estos trastornos y evitar el aislamiento social a que puede dar lugar.

El servicio de nutrición es quien valora los requerimientos nutricionales y el tipo de dieta adecuado a las condiciones del paciente para prevenir un estado de desnutrición.

VI.- ANEXOS.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICION DEL ANCIANO.

1. *¿Cuáles son las limitaciones físicas del anciano?* Reducción de los arcos de movilidad de todo el cuerpo.
2. *¿Puede hacer planes para satisfacer sus necesidades a alimentarias?* No.
3. *¿Conoce sus necesidades alimenticias?* No.
4. *¿Físicamente es capaz de ir a comprar sus alimentos?* No.
5. *¿Puede encargarse de su alimentación por sí mismo?* No.
6. *¿Tiene alguna necesidad nutricional específica o restricciones dietéticas?* Si.
¿Comprende las instrucciones? No.
7. *¿Alcanza a comprender lo suficientemente bien sus padecimientos y necesidades como para cumplir las instrucciones dietéticas?* No.
8. En caso de que no pueda controlar por sí mismo su dieta, *¿qué otras opciones le quedan?* La cuidadora.
9. En caso de que no pueda cuidar de sí mismo. *¿Podrán los que conviven con él asumir esa responsabilidad?* Si.
10. *¿Se muestra deseoso de aceptar su dieta?* Si.
11. *¿Tiene capacidad el anciano para prepararse el mismo su dieta?* No.
12. *¿Cuenta con los utensilios necesarios para preparar su dieta?* No.
13. *¿Hay un sitio agradable para que coma cómodamente?* No.
14. *¿Hay posibilidades de comer en compañía de alguien?* Si.
15. *¿Tiene algún patrón alimenticio?* No.
16. *¿Hay alimentos que disgusten o no tolere el paciente?* No valorable.
17. *¿Que tipo de alimentos consume en un día común y corriente?* Licuado de los siguientes alimentos.

1tza. de tomate cocido, 1 tza. de puré de manzana, 1 tza. de jugo de naranja, 2 cucharadas de aceite vegetal, 3 panes de caja, 2 cucharadas de harina de maíz, 1 huevo completo, 2 claras de huevo, 60 gr. de pollo.

INDICE DE KATZ. EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

1 BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA.

No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por el mismo si la tina es su medio usual de baño)	Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo como espalda o pierna)	Que reciba asistencia durante el baño en mas de una parte
---	---	---

2 VESTIDO : Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar

Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.	Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos.	Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.
---	--	--

3 IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por si mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo	Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo.	Que no vaya al baño.
---	--	----------------------

4 TRANSFERENCIAS

Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)	Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.	Que no pueda salir de la cama.
---	---	--------------------------------

5 CONTINENCIA

Control total de esfinteres.	Que tenga accidentes ocasionales.	Necesita ayuda para la super visión del control de esfinter, utilizar sonda o incontinente.
------------------------------	-----------------------------------	---

6 ALIMENTACION

Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna	Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla	Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parental.
---	---	--

CALIFICACION KATZ:

1. INDEPENDENCIA EN ALIMENTACION, CONTINENCIA, TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE
2. INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA.
3. INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
4. INDEPENDENCIA EN TODO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
5. DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO IR AL BAÑO Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
6. DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO, TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
7. DEPENDIENTE TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES.
8. DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C,D,E,F.

RIESGO A ULCERA POR PRESION.

CONDICION FISICA	PUNTAJE	PUNTOS DEL PACIENTE	
		4 AGOSTO	16 NOV.
BUENA	4		
REGULAR	3		
POBRE	2	2	
MUY MALA	1		1
CONDICION MENTAL			
ALERTA	4		
APATICO	3		
CONFUSO	2	2	
ESTUPOROSO	1		1
ACTIVIDAD			
AMBULATORIO	4		
CAMINA CON AYUDA	3		2
EN SILLA DE RUEDAS	2	2	
ACOSTADO	1		
MOVILIDAD			
COMPLETA	4		
LIGERA LIMITACION	3		
MUY LIMITADO	2	2	
INMOVIL	1		1
INCONTINENCIA			
NINGUNA	4		
OCASIONAL	3		
USUAL/ORINAO	2		
DOBLE / HECES Y ORINA	1	1	1
TOTAL: _____		9	6

NOTA: MENOS DE 14 PUNTOS = RIESGO INMINENTE DE ULCERACION

MAS DE 14 PUNTOS = NO HAY RIESGO DE ULCERACION

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON.

		1 ^o .	2 ^o .	3 ^o .
A. Capacidad para usar el teléfono				
lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1	_____	_____	_____
marca sólo unos cuantos números bien conocidos	1	_____	_____	_____
contesta el teléfono pero no llama	1	_____	_____	_____
no usa el teléfono	0	_____	_____	_____
B. Compras				
vigila sus necesidades independientemente	1	_____	_____	_____
hace independientemente sólo pequeñas compras	0	_____	_____	_____
necesita compañía para cualquier compra	0	_____	_____	_____
incapaz de cualquier compra	0	_____	_____	_____
Cocina*				
planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	_____	_____	_____
prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario	0	_____	_____	_____
calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	_____	_____	_____
necesita que le preparen los alimentos	0	_____	_____	_____
D. Cuidado del hogar*				
mantiene la casa solo o con ayuda mínima	1	_____	_____	_____
efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1	_____	_____	_____
efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia	1	_____	_____	_____
necesita ayuda en todas las actividades	1	_____	_____	_____
no participa	0	_____	_____	_____
E. Lavandería*				
se ocupa de sus ropas independientemente	1	_____	_____	_____
lava solo pequeñas cosas	1	_____	_____	_____
todo se lo tienen que lavar	0	_____	_____	_____
F. Transporte				
se transporta solo	1	_____	_____	_____
se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1	_____	_____	_____
viaja en transporte colectivo acompañado	1	_____	_____	_____
viaja en taxi o en auto y acompañado	0	_____	_____	_____
no sale	0	_____	_____	_____
G. Medicación				
es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	_____	_____	_____
se hace responsable solo si le prepara por adelantado	0	_____	_____	_____
es incapaz de hacerse cargo	0	_____	_____	_____
H. Finanzas				
maneja sus asuntos independientemente	1	_____	_____	_____
sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0	_____	_____	_____
es incapaz de manejar el dinero.	0	_____	_____	_____

* cuenta en sexo masculino solo si vive solo

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

1. ¿Esta usted satisfecho con su vida?	No	Si.
2. ¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades	No	Si
3. ¿Siente usted que su vida ésta vacía?	No	Si
4. ¿ Se aburre usted con frecuencia?	No	Si
5. ¿ Tiene usted esperanza en el futuro?	No	Si
6. ¿ Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	No	Si
7. ¿ Estad usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	No	Si
8. ¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	No	Si
9. ¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	No	Si
10.¿ Se siente usted frecuentemente desamparado?	No	Si
11.¿ Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia.?	No	Si
12.¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	No	Si
13.¿ Se preocupa usted frecuentemente desamparado?	No	Si
14.¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	No	Si
15.¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	No	Si
16.¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	No	Si
17.¿Se siente usted que nadie lo aprecia?	No	Si
18.¿ Se preocupa usted mucho por el pasado?	No	Si
19.¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	No	Si
20.¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?	No	Si
21.¿Se siente usted lleno de energía?	No	Si
22.¿Siente usted que su situación es desesperante?	No	Si
23.¿Cree usted que los demás están mejor que usted?	No	Si
24.¿Se molesta con frecuencia por cosas, sin importancia?	No	Si
25.¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	No	Si
26.¿Tiene usted problemas para concentrarse?	No	Si
27.¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	No	Si
28.¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales. ?	No	Si
29.¿Es fácil para usted tomar decisiones. ?	No	Si
30.¿ Está su mente tan clara como solía estar antes. ?	No	Si

CUESTIONARIO DE INFORMACION SOBRE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ANCIANO (ICQODE)

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ ESCOLARIDAD (AÑOS): _____

PUNTUAJE TOTAL: _____

Ahora le pedimos que recuerde Usted como era su pariente (o amigo) hace 10 año y trate de comparar su estado entonces con su situación actual. A continuación le proponemos una lista de acciones en las cuales intervienen el intelecto y la memoria y le pedimos que nos diga si la persona ha mejorado, está igual o está peor que hace 10 años.

	1	2	3	4	5
Reconoce los rostros de familiares y amigos.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda los nombres de familiares y amigos.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, dirección.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda cosas que han ocurrido recientemente.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda alguna conversación reciente (pocos días atrás.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Olvida lo que iba a decir en medio de la conversación.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda su dirección y número de teléfono.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda en que día y mes estamos hoy.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda donde usualmente están guardadas las cosas.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda donde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Se ajusta a cualquier cambio en su rutina diaria.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Sabe utilizar máquinas de uso doméstico.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Aprende a utilizar una nueva máquina de uso doméstico.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
En general aprende cosas nuevas.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda cosas que le pasaron cuando era	Mucho	Un poco	No ha	Un poco	Francamente

oven.	Mejor.	mejor.	cambiado mucho	peor	peor
Recuerda las cosas que aprendió de joven.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Entiende el significado de palabras poco usuales.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Entiende lo que lee en revistas o periódicos.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Entiende la historia de un libro o de una telenovela.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Escribe cartas.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda eventos históricos importantes.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Toma decisiones en asuntos de la vida diaria.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Maneja el dinero para sus compras.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Maneja asuntos financieros (cobro de pensión).	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Resuelve cálculos Matemáticos sencillos. relacionados con la vida diaria.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Usa su inteligencia para entender que está pasando.	Mucho Mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor

INDICE: Características del Cuidador.

Voy a leer una lista de cosas que resultaron ser difíciles para quienes ayudaron una vez dada de alta la persona del hospital. ¿Podría decirme si alguna se aplica a Usted? (De ejemplos.

	Si=1	No=0
El sueño está alterado (por ejemplo _____ o está fuera de la cama. erra durante la noche)	_____	<u> x </u>
Es inconveniente (por ej. Por que el ayudar toma mucho tiempo o queda muy lejos.	<u> x </u>	_____
Es una característica física (por ej. levantar y sacar de la silla.	_____	<u> x </u>
Es limitante (por ej., el ayudar restringe el tiempo libre.	<u> x </u>	_____
Ha habido ajustes familiares (por ej. El ayudar cambió la rutina y disminuyó la privacidad.	_____	<u> x </u>
Ha habido cambios en los planes personales (por ej. doblar un trabajo o no poder ir de vacaciones).	_____	<u> x </u>
Ha habido otras demandas de mi tiempo (por ej. de otros miembros de la familia.)	_____	<u> x </u>
Hubo ajustes emocionales (por ej. discusiones graves.	<u> x </u>	_____
Algún comportamiento es perturbador (tal como incontinencia, dificultad para recordar las cosas, o acusar a las personas de tomar cosas.	<u> x </u>	_____
Es perturbador ver que _____ cambió tanto en su forma de ser (Es una persona diferente a la que era. Hubo ajustes en el trabajo (por ej. pedir horas en el trabajo.	<u> x </u>	_____
Cuidar de _____ es una característica económica. Me siento completamente abrumada (por ej. preocupándome por _____ y por cómo manejarlo).	<u> x </u>	_____
Puntos Totales (contar las respuestas "sí". _____	6	

Ese cuestionario se diseñó para ayudar a valorar el nivel de estrés de los cuidadores de personas con demencia. Pídale al cuidador que ponga un círculo para contestar cada pregunta que mejor refleja lo que siente. Luego haga el puntaje para determinar su nivel de estrés.

0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Alguna vez 3 = Bastante frecuente 4 = casi siempre

1. ¿Siente que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?
0 1 2 3 4
2. ¿Siente que con el tiempo que pasa con su familiar ya no tiene suficiente tiempo para usted?
0 1 2 3 4
3. ¿Se siente estresado (a) entre cuidar a su familiar y atender las demás responsabilidades familiares o laborales?
0 1 2 3 4
4. ¿Se siente molesta con el comportamiento de su familiar?
0 1 2 3 4
5. ¿Siente ira cuando está junto a su familiar?
0 1 2 3 4
6. ¿Siente que su familiar suele afectar su relación con otros miembros de la familia o amistades de manera negativa?
0 1 2 3 4
7. ¿Le asusta el futuro que le depara su familiar?
0 1 2 3 4
8. ¿Siente que su familiar depende de Usted?
0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso (a) cuando está junto a su familiar?
0 1 2 3 4
10. ¿Siente que su salud se afectó por estar involucrado con su familiar?
0 1 2 3 4
11. ¿Siente que no tiene suficiente privacidad por su familiar?
0 1 2 3 4
12. ¿Siente que se afectó su vida social por cuidar a su familiar?
0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incófortable teniendo a sus amistades por estar su familiar?
0 1 2 3 4
14. ¿Siente que su familiar parece esperar que lo cuide como si Usted fuera la única persona de la cual pudiera depender?
0 1 2 3 4
15. ¿Siente que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
0 1 2 3 4
16. ¿Siente que no será capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?
0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?
0 1 2 3 4

0= Nunca 1 = Rara vez 2 = Alguna vez 3 = Bastante frecuente 4 = casi siempre

18. ¿Descartaría poder dejar que otra persona cuide de su familiar?

0 1 2 3 4

19. ¿Siente inseguridad acerca de qué hacer con su familiar?

0 1 2 3 4

20. ¿Siente que debería de hacer más por su familiar?

0 1 2 3 4

21. ¿Siente que podría hacer un mejor trabajo cuidando a su familiar?

0 1 2 3 4

22. ¿En general, cuánto carga significa cuidar a su familiar?

0 1 2 3 4

puntaje:

0 - 20 Poca o ninguna carga.

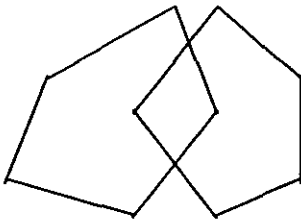
21 - Carga ligera a moderada.

41 - 60 Carga moderada a importante.

61 - 68 Grave carga.

ESTADO DE MEMORIA

PTS. MAXIMA	PTS. OBTENIDA.
5	¿QUE FECHA ES HOY? (DIA, MES, AÑO y ESTACION)
5	¿EN DONDE ESTAMOS? (PISO, HOSPITAL, CIUDAD, ESTADO, PAIS, DOMICILIO).
3	NOMBRE TRES OBJETOS (1 POR SEGUNDO) PEDIRLE QUE LOS REPITA.
5	QUE RESTE EMPEZANDO DEL 100, DE 7 EN 7 (HASTA 5 RESP).
3	PREGUNTO POR LOS TRES OBJETOS APRENDIDOS.
2	MUESTRE UNA PLUMA Y UN RELOJ Y PIDA QUE LOS IDENTIFIQUE.
1	QUE REPITA LA FRASE "TRES TRISTES TIGRES".
3	QUE COMPLA LA SIGUIENTE ORDEN VERBAL: TOME UNA HOJA DE PAPEL CON SU MANO DERECHA. DOBLELA POR LA MITAD Y COLOQUELA EN EL PISO.
1	QUE LEA LA FRASE "CIERRE LOS OJOS".
1	QUE DESCRIBA UNA ORACION.
1	QUE COPIE UN DISEÑO GRAFICO (PENTAGONOS CRUZADOS).



PUNTOS _____ > DE 25 CONTINUE CON LA VALORACION GERIATRICA.

_____ < DE 24 OBTENGA LA INFORMACION DE UN INFORMANTE.

Adaptado de Folstein M. F, Folstein S.E, Mc Hugh P.R. "Minimal State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr Res 1975; 12: 189- 198 Copyright 1975, Pergamon Press Inc.

EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI

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

BALANCE.		1ª.	2ª	3ª
1. Balance sentado:	Se va de lado o resbala - 0	Firme y seguro - 1	---	---
2. Levantarse:	Incapaz sin ayuda - 0 Capaz sin brazos - 2	Capaz pero usa brazos - 1	-	-
3. Intenta levantarse:	Incapaz sin ayuda - 0 Capaz a la primera - 2	Capaz en mas de un intento - 1	---	---
4. Balance inmediato al levantarse (5 seg.)	Inestable (vacila, nueve los pies) - 0 Estable sin ningún apoyo - 2		---	---
5. Balance de pie.	Inestable - 0	Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cms) o apoyo fisico - 1	---	---
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma sobre el esternón 3 veces)	Comienza a caer - 0 Se tambalea pero se recupera - 1	Está firme - 2		
7. Ojos cerrados (misma posición)	Inestable - 0	Estable - 1		
8. Giro de 360 grados:	Pasos irregulares - 0 Inestable - 0	Pasos uniformes - 1 Estable - 1		
9. Al sentarse:	Inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) - 0 Usa los brazos o está inseguro - 1	Seguro, baja con suavidad - 2		

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

MARCHA.		1ª.	2ª	3ª
10. Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale")	Duda o intenta "arrancar" más de una vez - 0	No titubea - 1	---	---
11. Longitud y elevación del paso:	No rebasa al pie izquierdo - 0	Rebasa al pie izquierdo - 1	---	---
a) Balance del pie derecho:	El pie derecho deja el piso - 0	El pie derecho deja el piso - 1	---	---
b) Balance del pie izquierdo:	No rebasa el pie derecho - 0 El pie izquierdo no deja el piso - 0	Rebasa al pie derecho - 1 El pie izquierdo deja el piso - 1	---	---
12. Simetría en los pasos entre izq. y der.	Desigual - 0	Uniforme - 1	---	---
13. Continuidad en los pasos:	Discontinuos - 0	Parecen continuos - 1	---	---
14. Rumbo:	Marcada desviación - 0 Derecho sin auxilio - 2	Desviación moderada o se apoya - 1	---	---
15. Tronco:	Balaneo marcado o usa apoyo fisico - 0 No balaneo, no-flexión - 2	No hay balaneo pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos - 1	---	---
16. Base de sustentación:	Talones separados - 0	Talones se tocan al caminar - 1	---	---

Adaptado de Tinetti., Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, J Am Geriatr Soc 1986, 34 : 119-126.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro R., R. M., M. (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica, 2a. de. De. Doyma Barcelona España: 5-103.

Andés H. (1992). La Formación Psicogeriátrica del Geriatra, Medicina de la Tercera Edad, Gerontopsiquiatría, Argentina: 3-6.

Becker E., Benedette, et al. El Grupo Balint Interdisciplinario en Geriatría, Revista claves Argentina; 17-20.

Bravo G. I, et al (1994) Síndrome de Inmovilización y Úlceras por Presión. en Anzola P.E., Galinski D., Murales M. F., Salas D, Sánchez A. M. (eds.). La Atención de los Ancianos un desafío para los años noventa, Publicación Científica No. 546, Washington D.C. OPS/OMS: 159-171.

Breton, Lesmes; et. al. Hipotiroidismo en el Anciano, Geriátrica, Vol. 6: 440-446.

Cani N., et al (1988) Falls and Imobility, En lectura Notes en Geriatrics 3rda. ed. Buston: Blackwell Scientific Publication: 195-203.

Carnevali L. Doris, Patrick Maxine (1988) Tratado de Enfermería Geriátrica 2a. ed. Interamericana, Mc Graw-Hill, México: 756-760.

Carpenito, L. (1987), Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice, 2nd. ed. Philadelphia, J. B: Lippincf.

Carpenito L. J. (1994) Planes de Cuidados y Documentación en enfermería, Ed. Interamericana Mc Graw- Hill España: 264-271.

Collieré M. F. (1993), Promover la Vida, Interamericana Mac Graw - Hill España: 7-17.

Creditor M. C. (1993) Peligros de la Hospitalización de Personas de Edad Avanzada, Annals of Internal Medicine, Edición Mexicana: 1: 76-80.

Chin P., Jacobs M. (1987) Theory and Nursing 2nd. Ed. ST Louis the C. U. Mosby Company.

OSMIII. 145-170

Ezpeleta D. (1996) Neuropatología de la Enfermedad de Parkinson y los Parkinsonismos: 1-7

Fawcett J. y Douns F. (1995) Modelos Conceptuales, Teorías e Investigación, Las relaciones de Teorías e Investigación F. A. Davis Company Philadelphia: 101-110.

- Fernández F. C., Nover M. G. (1993) El Proceso de Atención de Enfermería, Estudios de caso, Editorial Massun Salvar, España: 2-57.
- Fernández Pinilla, Castañón M. (1997) Asistencia Extrahospitalaria al Anciano : Valoración, Geriatria Integral, Geriátrica: 13 (7), 316-319.
- Ferrin F. C., Garrido A. M. et al Enfermería Fundamental, Barcelona 1995, Mosson: 155-175.
- Folstein M. F., Folstein S.E, Mc Hugh P.R. (1975), "Minimental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr Res ; 12: 189- 198.
- Fopman L. Joan, Kessner Austin Joan (1997) Aplication of an Attribution Affect, Action model of Care Giving Behavior, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XI No. 4 (August); 210-217.
- Garza M. (1993) Deficit Cognitivo asociado con la enfermedad de Parkinson, Publicación Oficial de Sociedad Ecuatoriana de Neurología y de la liga Ecuatoriana contra la Epilepsia, Revista Ecuatoriana de Neurología, Vol. 2 No.2 :75-79.
- Gestalt O. (1988) Minusvalias Físicas, mentales y sensoriales. En : Medicina Preventiva y Salud Pública, (Eds. G. Piedrola Gil y otros) Salvat Editores, S.A. Barcelona; 805- 833.
- Guijarro G. J. L. (1996), Hacia una Nueva Clasificación de las Demencias, Geriatrika, Vol. 4: 152-156.
- Hinchliff, Susan M. (1982) Enseñanza de Enfermería Clínica, México, Interamericana: 6 – 21
- Katz S, Ford A, Moskowitz R, et al.(1963) Studies of illness in the aged: The index of ADL- a standarized measure of biological and psychosocial. JAMA, 185: 914-919.
- Kaschak N. Diane, Jakovac S. Diane (1994), Planes de Cuidados en Geriatria, España, Ed. Mosby /Duyrna: 193-255.
- Krassoievitch M. (1997) Demencia Presenil y Senil, Editorial Salvat, México; 10-282.
- Kene L. R., Ouslander G. S. (1997) Geriatria Clínica, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México: 196-226.
- Krussen (1995) Medicina Física y Rehabilitación En Halar E. M., Kathleen R. Beil, (eds) Ralción de la rehabilitación con la inactividad, Edición Médica Panamericana, México: 1154-1171.
- Lawton , M.P y Brody. (1969), Centro Geriátrico de Filadelfia, Filadelfia.

- López Rodríguez (1991) Transtornos Neuropsiquiátricos como Causa de Minusvalía, Geriatrika, Vol. 7: 301-307.
- Marriner Tumer, Ann (1988) Modelos y Teorías de Enfermería, 3a. ed. Ed. Musby-Doyma, Barcelona España: 3-15.
- Martorell Poveda Ma. Antonia (1988) Familia, Cuidados y Enfermedad de Alzheimer, en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol. 6, No. 1 Enero- Marzo: 18-21.
- Matteson, A.M Connell, et al. (1988) Gerontological Nursing. Concepts and Practice W . B, Saunders Company, p. 242- 263.
- Moran A. Victoria, Mendoza L. Alba (1993), Modelos de Enfermería. Editorial Trillas 1era edición: 148-160.
- Moreno M. E., (1998) Desarrollo de Modelos Conceptuales y Teoría de Enfermería. Curso de Enfermería Avanzada Ed. Universidad de Sabano Colombia, México: 1-20.
- Pamela Babb, (1998), Manual de Enfermería Gerontológica, Mc Graw-Hill Interamericana, México, 7-39.
- Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. De. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid: 20-110.
- Powell L. S. Courtice K. (1988) Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la Familia Pax. México: 27-220.
- Revista Ecuatoriana de Neurología (1993) Publicación Oficial de Sociedad Ecuatoriana de Neurología y de la Liga Ecuatoriana contra la Epilepsia Vol. 2, No. 2: 75-79.
- Ribera C. J. M., Cruz J. A. J. (1991) Geriatria, Uriach, España: 49-68.
- Riopelle L. et al, (1997) Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona, España, Mc Graw-Hill Interamericana: 2-102.
- Roche (1999) Hablemos de la Enfermedad de Parkinson con Roche. Disponible en: <http://www.neuroweb.roche.com.ar/pub/librito.htm>
- Santana G. P. (1996) Cuidados de Enfermería en el Anciano con Demencia Geriatrika Vol. 12 (5) 25-27.
- Santamaria O. J. (1991) Hipotiroidismo en el Anciano, Geriatrika: 7,(3), 122-125.
- Sarnet (1998) Información mantenida por pulso 100, Patrocinada por Sanitas. Disponible en: <http://www.economedic.com/emperkins.htm>

Smith Sandra F., Duell J. D. (1996) Enfermería Básica y Clínica Manual Moderno, México: 33-93.

Staab S. A., Hodges C. L. (1998) Enfermería Gerontológica, Mc Graw - Hill Interamericana México: 474.

Tackenberg J. (1993) Enseñar a los cuidadores acerca de la Enfermedad de Alzheimer, Nursing, Marzo: 49-56.

Tinetii, (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, J Am Geriatr Soc, 34 : 119-126.

ThinkQuest (1999) Enfermedad de Parkinson. Disponible en : <http://www.servicom.es/Parkinson/>

Uribe M. (1995) Tratado de Medicina Interna, Tomo I y II 2da. edición Panamericana.

Wensley R. L. (1995) Teorías de Enfermería y el Proceso de Enfermería en Teorías y Modelos de Enfermería 2a. edición de Interamericana Mc Graw- Hill : 2-18.

Wertman De Meester, Deborah et al (1988) Definición de la Enfermería, Virginia Henderson, 3a. edición Ed. Mosby - Duyma, Barcelona España: 105-115.

Wyngaerden J. B. Smith LL. H. (1985) Tratado de Medicina Interna Tomo II, Decimo Sexta Edición, México Interamericana 1985: 2118-2123.

Yesavage J. A. Brink, T.L, et al (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiat Res. 17: 37-49.