

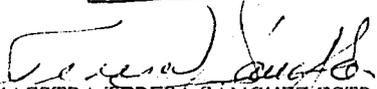
00903
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“ESTUDIO DE CASO DE UNA ANCIANA CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2, CON COMPROMISO METABÓLICO, UN
ABORDAJE DE ENFERMERÍA ALTERNATIVO, DESDE ALGUNOS
ELEMENTOS DE VIRGINIA HENDERSON”

TRABAJO PRESENTADO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE
“ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO”

PRESENTA: ANA BERTHA JIMÉNEZ CASTRO.



ASESOR METODOLÓGICO: MAESTRA TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

ASESOR ACADÉMICO: LICENCIADA ROSA ELIA MENDOZA PÉREZ

Rosa Elia Mendoza P

MÉXICO 2003.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

ÍNDICE:

Agradecimientos.

Introducción.	1
1.- Objetivos.	4
2.- Fundamentación Teórica.	
2.1 Barreras Epistémicas en Enfermería.	6
2.2 Reflexiones sobre el Modelo de Virginia Henderson.	23
2.3 Desarrollo de Habilidades y Destrezas para Llevar a Cabo la Valoración en Enfermería.	33
2.4 Reflexiones sobre los Diagnósticos en Enfermería: Una construcción racional o la interpretación de un significado	41
2.5 Conclusiones.	47
2.6 Aspectos Ético – Legales.	51
2.7 Aspectos Clínicos Inherentes al Caso.	
2.7.1 Diabetes Mellitus Tipo 2.	54
2.7.2 Coma Hiperglicémico Hiperosmolar no Cetósico.	65
3.-Hallazgos del Estudio de Caso	
3.1 Valoración de Enfermería.	78
3.2 Consideraciones Generales en torno al PAE	86
3.3 Diagnósticos de enfermería y Plan de intervenciones.	88
3.4 Comentarios.	102
4.- Bibliografía.	103
5.- Referencias Electrónicas.	106
6.- Anexos.	107

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo ha recibido la orientación de muchas personas que con su experiencia me ayudaron a su realización, ejerciendo profunda influencia en mis ideas, solo puedo ofrecerles esta expresión general de mi agradecimiento.

Sin embargo, deseo expresar especialmente mi agradecimiento a:

La Maestra Teresa Sánchez Estrada, por su valiosa colaboración y asesoría en la realización de este trabajo, el cual no hubiera realizado sin su orientación afectuosa.

A mis hijas Anayte y Neili, por su cariño, apoyo y paciencia en los momentos difíciles que les robe de atención y cuidados. ~

A Jorge Pablo mi querido sobrino salvador de lo técnico y cibernético que para mí son de los obstáculos epistémicos a superar.

A mis Padres, con profundo respeto y agradecimiento ya que gracias a su esfuerzo pasado y presente he logrado alcanzar mis metas.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, pretende transmitir una experiencia en la realización del trabajo clínico, en donde como especialista pretendo implementar la aplicación, previa revisión y análisis, en torno a la adecuación y utilización del modelo de Virginia Henderson, surgiendo la necesidad de profundizar en torno a este y sus diversos componentes teóricos, como una exhortación a considerar el abordaje de la práctica de enfermería geriátrica, que presenta características particulares y recientes en el desarrollo profesional de enfermería.

Tales consideraciones se enriquecen cuando se comparten tópicos poco claros abordados por la Teórica, en una reflexión grupal. Cabe destacar que cada tópico ha sido motivo de un artículo para publicación, con autorías principales alternadas. Esto con el ánimo de que el trabajo de reflexión sea socializado con quienes, comparten dudas epistémicas en la profesión de enfermería.

En el primer capítulo, se abordan las barreras Epistémicas en Enfermería que permiten confrontar parte del proceso de construcción del conocimiento enfermero, tomando como referente directo un artículo de Pablo Cazau; en el que señala éste obstáculo con características internas subjetivas e inconscientes que se dan en el acto mismo de conocer, limitando el conocimiento.

En el segundo capítulo se analiza el Modelo de Virginia Henderson y la propuesta de adecuación, para el abordaje clínico del caso. Este modelo incorpora una filosofía con componentes universales tales como necesidades humanas, persona, salud y entorno a partir de catorce necesidades, señalándolas como básicas, desde la cual sustentamos la reflexión y el análisis, excluyendo algunos componentes tales como: falta de voluntad,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conocimiento, fuerza y causas de dificultad; estos componentes y algunos otros, son considerados de difícil interpretación y aplicación, siendo estos subjetivos e insuficientemente claros para la valoración geriátrica

En el tercer capítulo se plantea la necesidad de la Valoración de enfermería, como una herramienta de trabajo sustantivo en el ejercicio eficiente del proceso, se discute como recuperar las técnicas del examen físico: inspección, palpación, auscultación y percusión, asegurando las habilidades y destrezas que como enfermera especialista desarrollará en el proceso de valoración, representando uno de los retos que en el futuro mejorará la toma de decisiones dentro del equipo de salud de manera más horizontal en el cuidado.

El cuarto capítulo considera el Diagnóstico de Enfermería como una construcción racional o la interpretación de un significado. Se discute básicamente el proceso de construcción, el cual se ha caracterizado por la dificultad para la identificación y formulación de los diagnósticos en enfermería, encasillando características y etiquetas diagnósticas, identificando problemas que no pueden ser enunciados como diagnósticos o complicándolos aún más con taxonomías predeterminadas. Por su complejidad este aún se encuentra en proceso de reflexión y análisis, por diferentes expertas en instancias educativas y de investigación.

Con este marco teórico desde el cual se parte, se desarrolló el estudio de caso clínico, en el que se llevo a la práctica la propuesta de adecuación para las intervenciones en un paciente con "Coma Hiperglucémico Hiperosmolar no cetósico" que descompensa la homeostasis alterando considerablemente el equilibrio interno del paciente, y para el cual se requirió de un tratamiento agresivo, inmediato y multidisciplinario con la posibilidad y el reto que cuestiono no sólo el modelo teórico propuesto para la intervención, sino muchos otros elementos teórico prácticos que el personal de enfermería implementa en la práctica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la realización de este trabajo como ejercicio académico significativo, aprendí muchas cosas que serían difíciles de citar, una de las más relevantes me permitió tomar conciencia de que: "Una práctica especializada se comprende en la medida en que se participa en ella desde todos sus elementos teóricos y prácticos".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. OBJETIVOS:

GENERAL:

- * REFLEXIONAR COMO ESPECIALISTAS CLÍNICAS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN TEÓRICO - METODOLÓGICO DE LA DISCIPLINA, EXPLICITANDO ÉSTE EN LA APLICACIÓN DEL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN UN ESTUDIO DE CASO.

ESPECÍFICOS:

- * DESARROLLAR E IMPLEMENTAR ELEMENTOS TEÓRICOS NO CONSIDERADOS POR VIRGINIA HENDERSON A TRAVÉS DE LA INSTRUMENTACIÓN TEÓRICO - PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- * DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS EN LA CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- * IMPLEMENTAR A TRAVÉS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y SU READECUACIÓN, UN PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADO A UN PACIENTE ANCIANO CON DIFERENTES ALTERACIONES DE SALUD.

- * EJERCITAR EL PROCESO DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE LA ESPECIALIDAD DEL ANCIANO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN:

CONCEPTO FILOSÓFICO DE EPISTEMOLOGÍA: Del griego episteme – conocimiento. logos – teoría. Disciplina que trata de los problemas filosóficos planteados por la ciencia. Es en esencia el estudio crítico de los principios, las hipótesis y los resultados de las diversas ciencias, destinado a determinar su origen lógico, su valor y su alcance objetivo ¹

Para hablar de “Barreras Epistémicas”, se toma como referencia directa un artículo de Pablo Cazau ² quien tomó como referente teórico a Gastón Bachelard sintetizando muy hábilmente, aquellos factores de riesgo para los procesos de pensamiento, mismos que “inconscientemente” no solo direccionan sino que determinan el ritmo e intensidad en el desarrollo del conocimiento

Obstáculo epistemológico es un término introducido por Gastón Bachelard para designar toda aquella creencia habitualmente inconsciente, que frena u obstaculiza el desarrollo del conocimiento científico.

Los filósofos y especialmente los epistemólogos advierten a los profesionales sobre factores que pueden frenar el desarrollo del conocimiento científico. Por ejemplo, Pablo Cazau sustenta su discurso sobre el obstáculo epistemológico a partir de Gastón Bachelard basándose en “La formación del espíritu científico”.³

¹ Runes Dagobert D. Diccionario Filosófico editorial Grijalbo México D. F. 1981.

² File://A: Pablo Cazau. El obstáculo epistemológico. htm

³ ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBSTÁCULO EPISTEMOLÓGICO:

CONCEPTO: es una creencia, generalmente inconsciente, que tiene el científico y que le impide avanzar en su conocimiento. Podríamos decir, el obstáculo epistemológico es interno subjetivo e inconsciente. Las barreras epistémicas son "confusiones, entorpecimientos, prejuicios que se dan en el acto mismo de conocer, generando una inercia que tiende a perpetuar lo ya conocido y cerrando las puertas al nuevo conocimiento".

La manera de identificar las barreras epistémicas propuestas por Bachelard es psicoanalizar el conocimiento científico, poniendo al descubierto esas creencias inconscientes para así comenzar a superarlas.

La concientización y superación de dichos obstáculos es lo que permite en última instancia, que la ciencia pueda progresar hacia nuevos horizontes e ideas, los que a su vez serán nuevos obstáculos epistemológicos que deberán ser superados, y así sucesivamente.

En palabras de Karl Popper citado por Cazau ⁴ el progreso científico no tiene un término final absoluto, ya que, detrás de cada obstáculo surge otro, y así indefinidamente. El progreso científico consiste más que nada en sucesivas refutaciones y aproximaciones a la verdad (falsacionismo) sin ser ésta nunca alcanzada.

Es muy importante destacar que según Bachelard y Cazau se puede "desarrollar el pensamiento científico a partir de una mentalidad pre-científica, operando sobre sus obstáculos epistemológicos. Tras una ruptura epistemológica se torna posible ir pasando de un conocimiento meramente sensible a un conocimiento más científico".

⁴ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para fundamentar lo anterior recurrimos a los elementos analizados por Cazau, quien establece que la libido es la "carga afectiva" que subyace bajo las creencias precientíficas, cargas que hacen que nuestros conocimientos aparezcan "libidinizados" o "valorizados" afectivamente y que por ende, se les mantenga sin modificación, en forma dogmática.

"El origen de los obstáculos epistemológicos se enraizan, ocasionando parálisis y un conocimiento fraccionado no sólo en lo que fuera transmitido por los maestros, portadores del mismo error, sino también en sus primeras experiencias infantiles produciéndose con ello una detención del conocimiento".

La ponderación entre el hecho y su significado será un criterio que guíe hacia la coherencia entre entendimiento y la realidad, partiendo de que el entendimiento "interpreta el hecho objetivamente y entendiendo por interpretación objetiva el análisis de movimientos psicológicos afectivos que por naturaleza pervierten el proceso de observar la realidad"

Las barreras epistémicas subyacen y están sutilmente veladas detrás de los conocimientos acabados de una creencia o tradición largamente legitimada, detrás de las premisas aceptadas, defendidas y permeadas por el afecto y la identificación.

Los obstáculos de carácter semántico de los significados y su expresión a través del lenguaje, merecen un análisis introspectivo a fin de su identificación e intento por trascenderlos. Los conocimientos derivados de una praxis concreta y la interpretación que hacemos de ésta, exigen una autorevisión para descubrir o redescubrir esa base teórica que lo sustenta a fin de evaluar su vigencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dice Cazau que ⁵ “buscar guías prácticas de acción es aceptable, pero esto se transforma en obstáculo pragmatista cuando se pretende usar tal guía como principio explicativo, como idea que intenta explorar no sólo la utilidad sino también la verdad de las cosas”.

A este respecto se nos alerta sobre el riesgo de considerar que la experiencia básica puede atender a una descripción desordenada de lo que se observa, “destacando sólo lo más llamativo, curioso, pintoresco o barroco, de algo que llamamos vivencia significativa; buscando la diferencia, pero no la variación”.

En el conocimiento general el obstáculo epistémico consiste en generalizar sin análisis, es decir, concluir sin confrontar datos y experiencia, lo que lleva a una sub-valoración de la experiencia, y consecuentemente, a un desinterés por el soporte empírico que debe tener toda ciencia. Según Bachelard, citado por Cazau; “la excesiva generalización inmoviliza el pensamiento, recordándonos que los obstáculos se presentan en pares y donde de uno se tiende a pasar al otro para superar cualquiera de ellos”.

La tendencia a un conocimiento unitario conlleva a la exigencia de filtrar las múltiples creencias y por lo tanto los variados conocimientos y las diversas interpretaciones, derivadas de las complejas barreras epistémicas; lo anterior nos llevaría de manera natural a entender el pensamiento como un aparato procesador de ideas, y en tanto su técnica de proceso sea la correcta y tendrá un nivel correspondiente de pertinencia y temporalidad a partir de la cual se vuelva a percibir la necesidad de reprocesarla o actualizarla.

⁵ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BARRERAS EPISTÉMICAS EN ENFERMERÍA.

Debe aclararse que, el descubrimiento y ruptura de las "barreras epistémicas" en el ámbito de Enfermería se asume que tal ruptura será gradual, tan gradual como se lo permita su capacidad, disposición y flexibilidad, para "renunciar a lo conocido que no es lo mismo que renunciar al conocimiento".

Esta es la idea central que Bachelard y Cazau pueden aportarnos a las Enfermeras interesadas en la construcción del pensamiento científico disciplinar.

Realmente "nos mueve el tapete" y hasta resulta divertido percibir en los obstáculos epistemológicos, todas esas creencias que hemos defendido, para luego descubrir que son, en palabras de Cazau, "Adhesiones afectivas, libidinales". Las anteriores tendrán razón de ser en tanto que las enfermeras, en un ejercicio de autoanálisis: procuremos canalizar esa afectividad en una dirección constructiva, es decir, productora de un conocimiento disciplinar objetivo.

Los obstáculos epistemológicos: constituyen uno de los riesgos de la investigación en Enfermería y también son propios de la actividad educativa ya que aparecen durante la transmisión del conocimiento a través de la enseñanza.

Solo cabe una nota de advertencia, este artículo no está dirigido para aquellos que están convencidos de su saber o su método; o para aquellos que creen que ya han encontrado un método de pensamiento que les permite tamizar ideas correctamente.

La intención es ayudar a descubrir aquellos prejuicios, dogmas y falsos conceptos que "disfrazados" de conocimiento científico permean la vida de las personas y en especial de las enfermeras, en lo individual y en lo colectivo, condicionándoles a una particular forma de ver la realidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este artículo va dedicado a los que aprendimos a partir de un consciente colectivo institucionalizado, y que después de un tiempo hemos identificado como poco suficiente para sustentar nuestra realidad. Está más bien pensado para aquellos que como nosotros nos reconocemos producto de un conocimiento transmitido y creído como cierto, sin habernos resguardado del riesgo de creer y habernos perdido del placer de cuestionar la validez y vigencia de tales conceptos

Finalmente una frase:

"Lo más difícil pero no imposible, a menos que intervenga el entendimiento es dejar de creer en nuestras creencias"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACIÓN DE LAS BARRERAS EPISTÉMICAS EN ENFERMERÍA SEGÚN BACHELARD DESDE LA VISIÓN DE PABLO CAZAU ⁶

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS PEDAGÓGICOS

Los obstáculos pedagógicos aparecen en el acto de enseñar, y como tales van transmitiéndose de generación en generación, contribuyendo a una lentificación o, a una detención del conocimiento.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Los mecanismos de transmisión de las barreras epistémicas se perciben en los procesos pedagógicos de la carrera de enfermería ya que además de los contenidos que enseñamos, está el llamado "currículum oculto" que inconscientemente transmitimos respecto a la manera de pensar, de hacer y de decir todo aquello relacionado con la forma de enseñar y la manera de investigar sobre nuestra práctica.

Se trata, de un proceso de contaminación y transmisión inadvertida de los obstáculos epistemológicos, tanto en el profesor como en los estudiantes. Esto puede leerse entre líneas entre otros ejemplos cuando observamos que ciertos alumnos piensan, se expresan y hasta adoptan el porte de su profesor o investigador predilecto.

La adopción irreflexiva de adoptar modelos y conceptos instrumentados y operacionalizados en circunstancias distintas a nuestra realidad y a nuestra práctica, lo que limita aún más nuestra definición y concepción de trabajo. En el actual nivel de desarrollo conceptual de la profesión en México se percibe el optar generalmente por un modelo, ya sea en la formación o en el servicio que, atendiendo a razones de interés individual, más

⁶ *Adaptado de Pablo Cazau Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología Buenos Aires, Enero 1996..*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que a metas epistemológicas y éticas. que permitan explicar el cómo se puede intervenir profesionalmente. con base en marcos de referencia filosóficamente sustentados.

Desde este enfoque es deseable que las enfermeras iniciemos ya, el ciclo de análisis de barreras epistémicas que. como se acepta, inconscientemente hemos grabado y estamos transmitiendo en el inconsciente colectivo que se refleja en el nivel de nuestro saber. nuestro quehacer y nuestro ritmo al crecer.

Ubicándonos en una dependencia teórica con el equipo de salud como dependientes y subordinadas en el ejercicio horizontal del profesional de la salud. en la que aún continuamos en desventaja en el trabajo multiprofesional al no clarificar nuestro quehacer y saber.

La concepción de "conocimiento" que prevalece en la clínica se traslada a las unidades complejas como: cuidados intensivos o quirófano reforzando el modelo médico hegemónico que hace que la sofisticación se confunda y se trastoque con el conocimiento científico, "no es lo mismo tecnología que ciencia". En cambio se subvalora el desempeño de una enfermera comunitaria quién sin uniforme "blanco" porque en general es verde o azul marino, sin una toca o cofia y sin una imagen muy cuidada, parece que sabe menos. que hace menos y que comprende menos; cuando en realidad trabaja con autonomía. su quehacer es socio-antropológico y la evidencia de su productividad está plasmada en el sector salud. Situación que lamentablemente no queda plasmada en sus reportes en las instancias clínicas especializadas.

Cuando se trata del método enfermero el Proceso de Atención de Enfermería se señala; éste "ya se hizo, siempre se ha hecho aunque no se ha documentado", o bien tal método "no se puede llevar a la práctica clínica, es solo para principiantes, pero no para la operación en la práctica del cuidado"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Formación profesional: La formación universitaria en enfermería sustentada desde la diversidad de planes y programas de estudio en donde la diversidad curricular, coexisten en factores de índole biológicos y sociales no siempre articulados y consecuentemente poco sustentados pedagógicamente. De hecho existen tantos planes de estudio como escuelas de enfermería en el país.

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS EN LA CIENCIA.

Aparecen cuando el científico se resiste a abandonar ciertas hipótesis, justamente por existir una adhesión afectiva a ellas. Puede inferirse entonces que los obstáculos epistemológicos en la ciencia aparecen en el acto de investigar y se socializan entre los grupos de investigadores a través de los marcos de referencia.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Las experiencias significativas en los diferentes escenarios de formación y de práctica no se concibe ni se constituye con un sustento teórico práctico suficiente para la atención en enfermería, limitando las posibilidades para que los diferentes recursos permitan construir un marco de atención e intervención más congruente con la función social a la que desempeña.

Sobre los conceptos de enfermería: Desde diversos modelos conceptuales se ha intentado sistematizar el pensamiento desarrollado por enfermería, orientando las acciones en este campo hacia una imagen profesional, desde su contribución dentro del equipo de salud y delimitando la naturaleza del servicio que presta a la sociedad. Lo más común es encontrar definiciones sumarias de enfermería en las que quedan poco implícitas las actividades profesionales teórico – prácticas siendo estas insuficientes.

Sobre los conceptos en torno al cuidado: Los valores y creencias sobre el rol de la enfermera perfilan diferentes versiones del cuidado que, en estos últimos diez ó tal vez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

veinte años ha desdibujado a la enfermera y a la enfermería. lo que nos ha llevado a definir múltiples conceptos y modelos teóricos, que conformarán probablemente en el futuro: en eso confiamos, un concepto de enfermería más universal y de estos el **Paradigma y Metaparadigma de Enfermería**, que sustente y guíe el método enfermero con mayor homogeneidad y posibilidad de abordaje en donde no separemos la teoría de la práctica, el proceso de atención de la realidad operativa, en donde la salud, y por que no, lo Ideológico lo político y lo filosófico, sean los ejes dentro de los cuales ubiquemos el rol que al interior del equipo de salud hemos de jugar al lado del cuidado en el proceso **Salud-Enfermedad**.

¿Qué definición de la enfermería es más coherente con la formación y las necesidades de la atención de salud? El esfuerzo por clarificar esa función social que realiza reviste especial interés para transformar los esquemas de formación, para producir y desarrollar conocimientos en el propio campo, para cualificar la prestación de servicios y clarificar el aporte específico del trabajo multiprofesional en el campo de la salud. **“Enfermería es una disciplina práctica”**

- Sobre la pertinencia de una **METATEORÍA**, parece que existe dificultad de los abordajes teóricos en enfermería, así como su orientación y diseño. Esto ha planteado la necesidad de la construcción de una **METATEORÍA** que guíe el conocimiento enfermero y su práctica, facilitando el logro e impacto que se requiere en el cuidado, trascendiendo hacia un abordaje objetivo que clarifique los planteamientos y determinen los elementos de modelo de práctica idóneo. Se asiste a una crisis de paradigmas del conocimiento que afecta los perfiles profesionales. Es necesario desarrollar teorías y metodologías en el campo de enfermería que permitan enriquecer y vincular lo conceptual y lo práctico.

Sobre los diagnósticos de enfermería, su estructura y el arte de interpretar no es clara, no obstante las recomendaciones de las expertas, cabe recordar que la redacción de un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diagnóstico de enfermería sigue siendo un objeto de investigación que no solo será profundizada; sino que dará lugar, en tanto que su esencia es interpretar; a un replanteamiento epistemológico y por lo tanto paradigmático hacia lo fenomenológico: desde luego faltan muchos ejercicios para consolidar tal propósito. la estrategia sugerida es comentar más a menudo con las expertas clínicas y ante todo aprender a interpretar los significados de las personas en situaciones de enfermedad.

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS FUNDAMENTALES

Son en la denominación Bachelardiana, identificada por Cazau aquellos relacionados con la experiencia básica y el conocimiento general. La experiencia básica nos puede aferrar a lo singular o anecdótico de los fenómenos, sin captar lo esencial y sin ejercer una crítica sobre los datos percibidos directamente por los sentidos.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Sobre los saberes interdisciplinares: Desde diversos modelos la enfermera tiene una función social que realizar. una función independiente. que no está clara ni para el público en general ni para todas las profesionales. De ahí la importancia en clarificar el trabajo interdisciplinario sobre su campo de intervención, sus posibilidades y limitaciones así como las de los demás, reconociendo y respetando la diferencia de saberes; recordando, que un equipo de salud se denomine interdisciplinario, no necesariamente garantiza que funcione como tal.

Es cierto que no existe un solo enfoque acerca del cuidado, por ser un objeto complejo que se ubica en un área de gran diversidad ideológica y política como lo es el campo de la salud. Por eso los cuidados que proporcionan los profesionales de enfermería tienen que encontrar sus individualidades en relación a la red de pertenencias del cuidado, porque la

identidad no puede concebirse más con respecto al otro. hay que separar su finalidad original y poner en evidencia las circunstancias específicas de este tipo de cuidado.

¿En que medida tanta complicación e incoherencia obstaculiza el desarrollo de la enfermera? ¿Está la enfermería en transición y evoluciona con ritmo variable hacia un orden y una coherencia universal? o ¿acaso está destinada por su misión particular, sus diferentes circunstancias, o por una falta de espíritu unificador y carencia de identidad a mantenerse en un estado de fragmentación y diversidad? ¿será que la aparente fragmentación no es sino un indicador saludable de desarrollo disciplinar?

Dentro de la clasificación que Gastón Bachelard señala en torno a los obstáculos epistemológicos anteriores, considera los especiales, de los cuales también se describen particularmente a continuación.

DESCRIPCIÓN DE LOS OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS ESPECIALES, SEGÚN BACHELARD DESDE LA VISIÓN DE PABLO CAZAU ⁷

OBSTÁCULO VERBAL

Consiste en una sobrevalorización de las metáforas empleadas para explicar los hechos, donde estos quedan explicados por las metáforas y no por las leyes, por recursos verbales y no por recursos matemáticos.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En el desempeño profesional se percibe un discurso y clima emocional que dificulta la demarcación del territorio del quehacer enfermero y que impide demostrar exclusividad en

⁷ Adaptado de Pablo Cazau Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología Buenos Aires, Enero 1996.



su saber y ejercicio y que en el conjunto institucional se describe repetitivamente: como: condiciones de trabajo agotadoras, prolongadas, rotatorias y nocturnas, con escasas horas de descanso, así como limitadas posibilidades para la formación, capacitación personal, profesional y actualización, frases con las que justificamos y hasta utilizamos como pretexto racional para la no reflexión disciplinar.

Es más esto. lo reforzamos con esa construcción social bajo el estereotipo femenino atravesada por la cultura y los roles de género confrontada en la práctica dentro de las complejas relaciones que se establecen con el equipo de salud, con el usuario de sus servicios y con las instituciones donde se labora, condicionando una sub-valoración y desventaja profesional a nuestro modo de ser, decir y hacer.

Sin dejar fuera el hecho de que defenderemos el conocimiento más que nuestras creencias que defendidas con la pasión que acostumbramos, nos han ubicado en el terreno de la imaginación y de la reactividad acompañada de la clásica "respuesta visceral" que tanto autocriticamos, lejos de plantear los argumentos lógicos y propios del pensamiento racional.

Cabe destacar que desde la perspectiva transcultural y ética son los valores y creencias los determinantes de la visión de la persona y del cuidado cuya influencia es obvia en el desarrollo de los modelos. Sin embargo; y paradójicamente es cada vez más frecuente escuchar que es necesario que los modelos teóricos seleccionen lenguajes comunes de manera que la comunicación fluya plenamente con el equipo de trabajo y con aquellos a los que sirven.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTO UNITARIO

Tendencia del conocimiento pre-científico a considerar que todo está regido por un único principio general de la naturaleza, o bien que todas las cuestiones deben encuadrarse desde una única cosmovisión o manera de ver las cosas o de percibir el mundo.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En enfermería existe la creencia que exclusivamente desde esta se puede construir el objeto de estudio, desconociendo las herramientas filosóficas y antropológicas para definir el conocimiento científico.

Quizá guiadas por el deseo de saber, estamos o pretendemos construir un cuerpo de conocimientos únicos, con un lenguaje único, con un práctica única. Esto nos confunde cuando sabemos que el conocimiento universal es único.

CONOCIMIENTO PRAGMÁTICO

Obstáculo que hace desarrollar indebidamente una hipótesis de tal forma que pueda ser simplemente útil, proceso reconocido como inducción utilitaria. Desde esta perspectiva, todo lo que no es útil es irracional, es anticientífico.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

¿Qué es la enfermería? y ¿Qué es una enfermera?

La enfermería no tiene un significado universal y quizá aún más sorprendente que la palabra "enfermera", aparentemente no tiene un significado único en la mayoría de los idiomas y países, éste vocablo comprende una mezcla de niveles y grupos que incluyen: estudiantes, auxiliares, técnicos, profesionales, generalistas y especialistas, lo cual revela una falta de coherencia en el seno de la profesión, respecto a las figuras que la representan,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dificultando también una definición de su función en los diferentes escenarios de intervención.

Esto ha llevado a procesos de nivelación de auxiliares de enfermería a enfermeras generales o bien permite la contratación de licenciados en enfermería como auxiliares. Es decir, esto es útil, práctico y económico cabe la pregunta ¿para quién?

SUSTANCIALISMO

Creencia según la cual la noción de sustancia es suficiente para explicar los fenómenos observados, noción a la que se apela en virtud de su familiaridad, su sencillez y su contundencia. Sustancializar un fenómeno es considerarlo simplemente una sustancia, y como tal ésta por sí sola explica dicho fenómeno.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Existe una tendencia a explicar todos los fenómenos desde una perspectiva teórica única no importando el comportamiento del fenómeno en sí, ni los requerimientos metodológicos para ser abordados, es decir, el estilo es único, el perfil es único y el modelo teórico es estático

REALISMO

Desde una mentalidad científica debe reconocerse que el conocimiento implica trascender lo fenoménico y emprender la búsqueda de relaciones esenciales y no quedarse con un realismo ingenuo, según el cual la realidad, es tal cual, como se nos presenta a los sentidos y que estos no nos engañan

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

La precisión y pericia para interpretar los resultados son esenciales y constituyen la piedra angular de la sistematización del cuidado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe destacar que éste ha sido poco abordado y desarrollada en la teoría, tanto en la formación, como en lo operativo, lo que verdaderamente ha dejado al margen de esta cualidad que se señala como fundamental y poco se retoma.

Esta barrera epistémica la percibimos y es un estilo de los principiantes cuyo desempeño está guiado por observaciones fraccionadas de un fenómeno más complejo, cuya descripción exige de una capacidad interpretativa y global del contexto de habilidades que ya han desarrollado los expertos. Ejemplo: es el desempeño de un estudiante que guía sus observaciones y por lo tanto su cuidado por lo que ve y escucha de otros o del paciente, pero no valora, no ausculta, no palpa, no inspecciona, no interroga y por lo tanto no interpreta

ANIMISMO

Tendencia del espíritu pre-científico a explicar los fenómenos biológicos o psicológicos, y aún los físico-químicos, a partir de la existencia de un impulso vital, o un fluido vital, que de por sí solo es capaz de explicar fenómenos como la reproducción, el metabolismo, el crecimiento, etc. La palabra "vida" aparece como una expresión que puede explicarlo todo.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En proceso de investigación y construcción

CONOCIMIENTO CUALITATIVO

Obstáculo epistemológico por el cual consideramos solamente los aspectos cualitativos de los fenómenos, sin intentar indagar en las relaciones cuantitativas entre las variables correspondientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Las barreras epistémicas cualitativas se ubican en ponderar los significados por encima de los datos clínicos, por ejemplo dar mayor significado a las experiencias de proceso salud – enfermedad que a los factores que la determinan.

Encontrándose serios espacios y limitaciones en los que no hemos encontrado nuestros elementos cualitativos que nos caractericen uniforme y universalmente, en el nivel en que estemos, en la práctica que realicemos y en el lugar en que estemos, las preconcepciones de los significados están atrás de las acciones.

CONOCIMIENTO CUANTITATIVO

En el otro extremo, este obstáculo implicará cuantificarlo todo en una forma obsesiva, o bien cuantificarlo mal.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Este tipo de barreras se hace evidente cuando estamos sustentando las acciones del cuidado con base en cantidades, sin considerar los atributos de cualidad y calidad que acompañan a todo fenómeno, ejemplo: toma y registro de signos vitales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA

HENDERSON

Desde los años setenta surgió en México la preocupación por incorporar "MODELOS DE ENFERMERÍA" y por sustentar la práctica desde un método propio denominado "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA". No obstante que hay experiencias documentadas al respecto se reconoce que tales propósitos constituyen dos de las preocupaciones contemporáneas a fin de delimitar el espacio del saber y la práctica del cuidado.

Algunos expertos clínicos han hecho esfuerzos por hacer una conceptualización del cuidado de Enfermería, éste se ejerce aun con relativo consenso disciplinar. Lo anterior se hace evidente durante la formación Universitaria sustentada desde una diversidad de planes y programas de estudio de las carreras de Enfermería. No obstante la diversidad curricular coexiste en éstos factores de índole biológica y social no siempre articuladas y consecuentemente poco sustentadas pedagógicamente. Lo anterior explica el por qué y el cómo es que los alumnos aprenden técnicas y procesos instrumentales ahistorizados y desarticulados de una visión comprensiva del quehacer profesional; Ya sea porque el modelo médico se concibe como el único referente cognoscitivo, se ubica a lo biológico como el epicentro de la científicidad y a lo social se le percibe como un adjetivo para calificar algunos eventos patológicos.

En consecuencia las representaciones sociales y conceptos que debieran ser únicos sobre el cuidado enfermero tienen tendencia y matices diferentes tanto en los múltiples modelos propuestos teóricamente para la práctica de las enfermeras y sus diversos espacios de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trabajo. Desde diversos modelos conceptuales se ha intentado sistematizar el pensamiento desarrollado por enfermería, orientando las acciones en este campo la imagen profesional, su contribución dentro del equipo de salud y delineando la naturaleza del servicio que presta a la sociedad.

Parece que la diversidad de los abordajes teóricos en Enfermería, así como su orientación y diseño, plantean la necesidad de la construcción de una METATEORÍA que guíe el conocimiento enfermero y su práctica, facilitando el logro del impacto que se requiere en el cuidado, trascendiendo hacia un abordaje objetivo que clarifique los planteamientos y determinen los elementos de modelo de práctica.

En el actual nivel de desarrollo conceptual de la profesión en México se percibe el optar generalmente por un modelo, ya sea en la formación o en el servicio que presta, a razones de interés individual, más que a metas epistemológicas y éticas, que permitan explicar el cómo se puede intervenir profesionalmente, con base en marcos de referencia filosóficamente sustentados.

"El empleo de un modelo conceptual se basa en la utilidad que este presta para la práctica y que proporciona los componentes y planteamientos teóricos que puedan llevar acciones de enfermería que permitan trabajar en las experiencias de la salud humana".⁸

"La teoría es un planteamiento que propone o caracteriza algún fenómeno y aunque tiene los mismos elementos que el modelo, pretende describir, relacionar, predecir o prescribir ese fenómeno de una forma específica".⁹ Las teorías se asumen como ciertas en el momento de enunciarlas, los modelos por el contrario no pretenden certeza sino guiar la práctica.

⁸ Capra, Fritgjob "La trama de la vida" edit. Anagrama, Barcelona, 1998 Pp. 2

⁹ Op Cit Capra Fritgjob Pp. 2

A partir del análisis de algunos modelos se advierte, como en el caso de Betty Newman evaluado recientemente; citado en el libro "El Arte y la Ciencia del Cuidado" (2002) editado por la Universidad Nacional Autónoma de Colombia, en el que se hace el análisis crítico del modelo encontrando que su estructura resulta de la correlación de teorías derivadas de la biología, psicología, sociología y antropología. Tales saberes se adaptan para ilustrar la estructura del cuidado enfermero introduciendo teorías: aceptadas por otras áreas, sin que hayan sido necesariamente validadas en la práctica a fin de que se apliquen con la adecuada Contextualización para la Enfermería de cada región o país.

Cabe destacar que desde la perspectiva transcultural y ética son los valores y creencias los determinantes de la visión de la persona y del cuidado cuya influencia es obvia en el desarrollo de los modelos. Sin embargo; y paradójicamente es cada vez más frecuente escuchar que es necesario que los modelos teóricos seleccionen lenguajes comunes de manera que la comunicación fluya plenamente con el equipo de trabajo y con aquellos a los que sirven.

REFLEXIONES SOBRE EL MODELO DE HENDERSON.

En un ejercicio preliminar de aplicar los criterios utilizados por, las Colombianas para el análisis del modelo de Betty Newman ahora extrapolados en un intento de comentar el modelo de Virginia Henderson se hacen las siguientes reflexiones:

¿Importa diferenciar si la propuesta que ideó Henderson es una filosofía, una teoría o un modelo?

Henderson consideró su trabajo más como una aserción filosófica, que como una teoría y describe su **interpretación** de la enfermería como una "síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas, según sus propias observaciones; incorporando tempranamente los **aspectos espirituales** al cuidado enfermero". Al respecto puede

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

argumentarse que en tanto que sea una filosofía y no una teoría científica o un modelo conceptual, dicha propuesta, queda automáticamente exenta de cumplir con los criterios para la construcción teórica derivada de la aplicación del método científico. Desde luego, se reconoce su aporte filosófico en tanto que es la primera propuesta que indaga e incorpora conceptos, universalmente aceptados, tales como "necesidad humana", "persona", "salud" y "entorno", con los cuales articula una propuesta para definir la Enfermería sin que necesariamente defina los criterios para operacionalizar el concepto, de hecho, no era su objetivo. Como se estableció entonces, su intención no fue desarrollar una teoría o un modelo conceptual de Enfermería, sino construir una definición que aclarara la función clínica de la profesión, con la franca convicción que la práctica en enfermería es un quehacer histórico, que se modifica según el momento en que se practique.

¿La propuesta filosófica de Henderson se perfila como expansionista y evolucionista?

Ésta admite al sujeto en el contexto **Del Todo**, ubicando a la persona como a alguien que evoluciona y capaz de modificar su comportamiento a partir de su interacción con el medio ambiente incluyendo su relación con la colectividad, dentro de la cual puede considerarse su interacción con los profesionales de la salud.

¿Son las necesidades básicas la esencia de la filosofía de Henderson? Según Henderson la persona y las 14 necesidades básicas:¹⁰ son de: oxigenación; hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, evitar los peligros, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y/o participar en actividades recreativas, y aprendizaje.

¹⁰ Carmen Fernández Ferrín Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos 1ª edic. reimpresión reimpresión 1999 Masson Barcelona España. Pp 4 y 5

Como se menciona, Henderson solo indicó que se refería a las necesidades básicas de los seres humanos, en los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Al respecto resulta obvio estos componentes están derivados de los componentes psicosociales observados por **Abraham Maslow**, sin que cite a éste como influencia directa. Se observa una correlación directa entre la propuesta de Henderson y la teoría de Maslow, por lo que puede interpretarse que Maslow las propuso y Henderson tuvo la visión, perspicacia y originalidad para recuperar tales conceptos como ejes en su definición de Enfermería. Entre otros elementos se observa como parte de los fundamentos teóricos de Henderson: además de las ciencias sociales: los referentes biológicos especialmente la fisiología que toma de Maslow. Desde luego se perciben algunos componentes filosóficos cuando define a la **falta de voluntad, fuerza o conocimiento** como las posibles causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades, habrá que desarrollar tales conceptos.

En este documento solo cabe la reflexión respecto a que la voluntad es un atributo del espíritu, el conocimiento es una capacidad de toda persona y resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular. En el caso de la fuerza habrá que diferenciar si es fuerza de voluntad y/o fuerza física. Ante esto el reto es que la enfermera identifique objetivamente tales componentes y los conciba como criterios para definir sus intervenciones.

¿Cuál es el componente conceptual de la propuesta de Henderson?

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of nursing* en el que define los conceptos básicos de su modelo:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la **fuerza, conocimiento o**

voluntad necesarias. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible¹¹, incorporando las categorías como: persona, salud: rol profesional y entorno.

CONCEPTUALIZACION PERSONA: Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila. Su visión es organicista, es un ser total ya que no puede ser reducida a la suma de sus partes, es desarrollista ya que desarrolla una espiral en diferentes situaciones para el sujeto, a través de componentes organizados de manera implícita y explícita.

NECESIDAD: No aparece ninguna definición concreta de necesidad, aunque ésta es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora. Reconoce a **IDA ORLANDO** como una de las influencias en su concepto de relación enfermera paciente, recurriendo a **Maslow** quien agrupa a las necesidades humanas como: **fisiológicas; seguridad y protección; afectivas y posesivas; de autoestima y de autorrealización.**

Según **Kant** ¹² entiende la necesidad como una categoría de modalidad, que no hace sino posibilitar por primera vez los objetos y la experiencia de los mismos

LA SALUD: No dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia, considerándola como una filosofía humanista; todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

¹¹ Ann, Marriner Tomey Modelos y Teorías de Enfermería, Edit Harcourt 1999 Madrid España Pp. 102

¹² Muller, Max Breve Diccionario Filosófico Edit. Herberg, 1976 Pp. 314.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

INDEPENDENCIA puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus Necesidades Básicas.

DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por el otro, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Cabe añadir que esta dependencia puede ser total o parcial así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación de suplencia o ayuda vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. **LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD:** son según Henderson tres los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades

A) Falta de fuerza: se interpreta no sólo la capacidad física o habilidad mecánica de la persona, sino también la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

B) Falta de conocimiento: relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C) Falta de voluntad: 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.

Con respecto a las causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades los conceptos no son suficientemente explícitos y diferenciados de manera que se puedan definir las categorías o indicadores, que permitan a la enfermera valorar objetivamente tales elementos. Por ejemplo **¿Cómo identificar la limitación de la persona para comprometerse en una decisión, su ejecución y mantenimiento de las acciones para satisfacer sus entorce necesidades?**

En relación con la fuente de dificultad denominada falta de conocimiento **¿Podríamos medir el autoconcepto de salud? Pero ¿Cómo identificar y cómo calificar el autoconocimiento y su relación con la salud?**

Tenemos entonces una disyuntiva respecto a las formas de práctica particularmente en la interacción Enfermera-paciente, que no están resueltas en el marco filosófico de Henderson. Ante este problema conceptual y en tanto es resuelto por las expertas, utilizaremos el enfoque social para la identificación de actitudes de la persona, o de los grupos ante situaciones de salud perfilados desde tres componentes: **El nivel de información que tiene la persona sobre su salud, las experiencias previas positivas o negativas, las expectativas respecto a salud.**

Lo anterior permite identificar a través de escala de actitudes prediseñadas para medir la condición de aceptación o rechazo en la participación dentro de un plan terapéutico.

Otra discusión en este modelo se centraría en el enfoque del concepto **INDEPENDENCIA** que según Henderson puede ser definida como capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas. Pero **¿Cómo resolvería un niño o un anciano la**

necesidad de trabajar o realizarse, que en el primero no es factible y en el segundo los procesos van en decremento?

¿Qué diremos de la necesidad de aprendizaje en el caso de las personas mayores!

Finalmente cabe mencionar la dificultad de algunas Enfermeras clínicas para diferenciar y cualificar aisladamente elementos como LA OXIGENACIÓN, LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN Y LA ELEMINACIÓN, la propuesta es crear a partir de estos tres códigos una categoría única que las vincule integral y objetivamente. En este caso sugerimos la posibilidad de incorporar la categoría MANTENIMIENTO DEL MEDIO INTERNO como el eje que correlacione las tres necesidades mencionadas y otras.

ENTORNO: Para este concepto acude al Webster's New Collegiate Dictionary 1961. Diversas autoras han criticado el hecho de no incluir el concepto de entorno, sin embargo, si se analiza el contenido del modelo vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales, etc.)

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Henderson no desarrolla la conexión entre su propuesta filosófica y su propuesta de enfermería, particularmente en la etapa de valoración de las necesidades, cabe señalar que existen diversas propuestas de instrumentar la valoración general de Henderson y cada grupo interesado ha propuesto su propio diseño, no obstante faltaría hacer el consenso conceptual y definición operacional, respecto a cada necesidad a fin de coincidir. Ejemplo de dichas barreras de concepción sería la manera de cómo se valora la sexualidad, en donde algunos recomiendan integrarla en la necesidad de eliminación urinaria o a la de comunicación o bien a la de autorrealización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En torno a los elementos de valoración para sustentar el PAE, no hace referencia directa pero puede ser inferido de la descripción de las 14 necesidades, a partir de las cuales determina las necesidades no satisfechas sin aclarar cuando una necesidad esta plenamente satisfecha o la necesidad de ayuda, lo que dificulta una sistematización mas precisa para la valoración. Desde el enfoque de la identificación de necesidades se evidencia que los criterios de valoración deberían ser los mismos a fin de facilitar el consenso buscado.

El Diagnóstico de Enfermería se formuló muchos años después de la publicación de la construcción filosófica de Henderson y por tanto no es tratado por ella y se infiere en el analisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades. Esto se complica aun más según una taxonomía predeterminada. En la práctica pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa tales como cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva, cuando se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica, cuando él diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología o cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS PARA LLEVAR A CABO

LA VALORACIÓN EN ENFERMERÍA:

En el estado actual de desarrollo de la enfermería, será difícil para las mismas enfermeras y para los médicos aceptar las consecuencias que trae en definitiva el concepto de la práctica ampliada de la enfermería. Porque el nuevo enfoque exige un nuevo orden de interdependencia y una dependencia provisional respecto del médico, mientras la enfermera aprende (1) a utilizar el razonamiento y los instrumentos de diagnóstico y (2) las medidas terapéuticas que le permitirán tomar las decisiones relativas a la curación y el restablecimiento. Se mantendrá la dependencia del médico mientras la enfermera domina las técnicas del examen físico, de la entrevista, la inspección, palpación, percusión y auscultación. La enfermera que empieza a iniciarse en la práctica ampliada necesitará la instrucción, verificación y confirmación hasta cuando aprenda a identificar el amplio alcance de lo normal, entienda el significado de los datos negativos y desarrolle la capacidad de calificar específicamente los síntomas de acuerdo con las siete dimensiones de localización corporal: calidad, cantidad, cronología, ámbito, factores agravantes o los que restan gravedad y las manifestaciones asociadas. Cuando queden resueltos los problemas de verificar la confiabilidad de la observación clínica y la estandarización de los resultados del examen físico, la enfermera se pasará del estado de dependencia al de interdependencia en las habilidades requeridas para la evolución física del paciente ¹³

La valoración es la primera parte del Proceso de Atención de Enfermería, la cual se considera como la más importante, ya que todo el plan de atención está sustentado en la

¹³ Sana Josephine M, Judge Richard D. Métodos par el Examen Físico en la Práctica de Enfermería. OPS, 1ª edición 1975

información que se obtiene. La precisión en la valoración nos va a conducir a la identificación de cualquier problemática que presente el paciente. Es decir, habrá que asegurar la habilidad y destreza de la enfermera especialista en la aplicación de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, como herramientas en el proceso de valoración

Se inicia con la obtención de datos y termina con la identificación de los diagnósticos de Enfermería. Esta etapa comprende tres pasos: a) Obtención y recolección de datos. b) organización y c) análisis de la información y elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.

EXAMEN CLÍNICO:

Es el método más importante de la recolección de datos durante la valoración y conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente. examen sistemático del paciente para hallar evidencia física de capacidad y/o incapacidad funcional o de ambas para obtener los datos. el examen deberá realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos y sistemas o por la región en la que el paciente refiera su problema, utilizando las siguientes técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Puede definirse como un examen visual del paciente con el fin de descubrir características físicas significativas. Un examen completo debe anotar tanto la apariencia general del área que se examina como sus características específicas: la presencia o ausencia de rasgos y de colores habituales o excepcionales, la textura, la localización, la posición la temperatura, el tamaño, los signos vitales, el tipo y grado de movimiento, la simetría y la comparación con el lado opuesto del cuerpo. La inspección requiere que la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermera sea capaz de discernir lo que es normal, lo que es poco común, pero que se halla dentro de límites de lo normal, y lo que es anormal y requiere atención. ¹⁴

Palpación: Es el proceso de examinar el cuerpo empleando el sentido del tacto con el objeto de determinar las características de los órganos y de los tejidos, también la percepción de movimiento, la posición, la consistencia y la forma. El éxito de ésta técnica de exploración depende no solo de las habilidades de la palpación que tiene quien hace el examen, sino también de la competencia que tenga esta persona para discriminar o interpretar el significado de lo que se está palpando. ¹⁵

Percusión: Consiste en dar golpes en la superficie del cuerpo, en forma ligera pero aguda, para producir sonidos que le permitan a quien examina determinar la posición, el tamaño y densidad de una estructura subyacente. La calidad de los sonidos logrados varía de acuerdo con la densidad de los tejidos adyacentes. Existen dos métodos de percusión: **directo o indirecto.** ¹⁶

Auscultación: Es el procedimiento que consiste en escuchar los sonidos que producen los diferentes órganos del cuerpo con el objeto de descubrir variaciones y desviaciones en relación con sus propias características. Esta destreza es especialmente exigente para quien está tratando de aprenderla porque los sonidos anormales no se pueden distinguir sino cuando la persona que realiza el examen ya ha desarrollado una apreciación clara de las variaciones normales de los sonidos que producen las estructuras del cuerpo. La clave para lograr una auscultación exitosa está en escuchar solo en un lugar a la vez y concentrarse en lo que se está oyendo, esta técnica es la más complicada de las habilidades relacionadas con el examen físico, el aprendiz deberá concentrarse primero en reconocer los ruidos

¹⁴ Op. Cit Sana Josephine Pp 17

¹⁵ Op. Cit Sana Josephine Pp 18

¹⁶ Op. Cit Sana Josephine Pp 19

anormales y capacitarse para lograr el primer grado de discriminación de la auscultación: o sea distinguir los sonidos normales de los anormales: antes de seguir hacia el nivel que le permite discernir la naturaleza y el significado de los hallazgos anormales de la auscultación. ¹⁷

El examen físico: un aspecto en la evaluación de enfermería. El examen físico en la actualidad es de gran importancia como parte vital e integral del proceso de enfermería. sirve para enriquecer los datos básicos sobre los cuales se hacen los juicios de enfermería y por lo tanto, debe incluirse en el repertorio de métodos que necesitan las enfermeras que están practicando la profesión.

Por lo tanto estas habilidades se emplean para comprobar las hipótesis que surgen de la entrevista de evaluación, reforzar la investigación de los problemas de enfermería, aumenta la capacidad de la enfermera en la toma de decisiones, logra que la atención abarque una mayor extensión de problemas de cuidados del paciente.

La fuente primordial de la recopilación de datos para la valoración de enfermería es el paciente y las habilidades que requiere la enfermera al recolectar los datos para la evaluación es la entrevista, la observación y la valoración del estado físico

INTERROGATORIO O ENTREVISTA: Esta herramienta debe ser continua en la relación enfermera-paciente y a través de ésta obtendremos la Historia Clínica de Enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁷ Op. Cit Sana Josephine Pp 22

El personal de enfermería necesita una serie de capacidades para completar una buena valoración. Estas capacidades están relacionadas con la base de conocimientos, pudiendo ser de naturaleza técnica e interpersonal. ¹⁸

Los conocimientos y capacidades son los instrumentos que permiten a la enfermera adquirir los datos, determinar su importancia y desarrollar intervenciones que fomenten una atención individualizada y de calidad ¹⁹

La entrevista es una técnica de observación que nos va a permitir aprender acerca del estado de los pacientes. Es muy importante la creación de un ambiente terapéutico entre la enfermera y el paciente, el momento adecuado para la comunicación y la elección del lugar donde se realizará.

La entrevista puede ser **Formal o Informal**. La formal se realiza con el propósito de que la enfermera realice la Historia de Enfermería del paciente: es un formato organizado para la recolección de datos. La informal es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente y se desarrolla en el momento de su atención.

La enfermera recoge de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas de salud del paciente e identificar los factores que contribuyen a la pérdida de su salud. Durante la valoración se recogen dos tipos de datos; subjetivos y objetivos. La mezcla de estos dará por resultado una base de datos completa y más precisa.

TFCS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸ Iyer Patricia W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería Interamericana, segunda edición 1993
Madrid España Pp. 25

¹⁹ Op Cit Iyer Patricia Pp 24

PERSPECTIVAS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE

LA AMPLIACIÓN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERA

Misión ampliada: Término que significa lo que quien lo utiliza quiere que signifique. Se utiliza sin distinciones con extensión de funciones o para caracterizar diversas funciones nuevas en la profesión de enfermería: enfermera experta – clínica, enfermera clínica o enfermera especialista clínica. El concepto de ampliación de funciones tiene tres aspectos. a) Variedad de conocimientos y aptitudes en el desempeño de un cargo. b) Mejor utilización de todas las aptitudes y capacidades y c) Responsabilidad y libertad para llevar a cabo el trabajo.

Una verdadera ampliación del trabajo consiste en la expansión del contenido del cargo con más amplia variedad de tareas y mayor libertad de métodos

Misión ampliada y extensión de funciones: Murphy citado por Sana y Judge hace una importante distinción conceptual, describe la extensión como una prolongación unilateral, un proceso acumulativo; y la ampliación de la misión como un proceso de ensanche. Existe la controversia que gira en torno al alcance de la profesión de enfermería en cuanto se distingue de la profesión médica.

Las fuerzas sociales y la educación están orientando a la enfermera moderna hacia la salud más que a la enfermedad, hacia la prevención más que a la atención de las crisis, a la comunidad más que al hospital.

Naturaleza de la profesión de enfermería: La enfermera tiene reconocimiento de su naturaleza como servicio de asistencia humana. El objetivo primordial es ayudar a las personas a lograr y a mantener un funcionamiento óptimo, físico, psicológico o social que

abarque el proceso salud – enfermedad desde el nacimiento hasta la muerte. La ayuda comprende funciones exclusivas e instrumentales que se originan en las necesidades del paciente y en las de la práctica médica.

Murphy dice que, cuidar y confortar es el campo específico de la enfermera que asume primordialmente las funciones curativas de la medicina siendo una función secundaria.

Decisiones clínicas. Son fundamentales en la práctica y ocupan un lugar primordial en los papeles complementarios entre la enfermera y el médico, quienes trabajan dentro de marcos estructurados y definidos que reducen la toma de decisiones dentro del tiempo que cubre el horario de hospitalización.

La enfermera practicante y la clínica recolectan datos de muchas fuentes para establecer programas de cuidados al paciente, abarcando también a la familia durante todo el tiempo de la enfermedad. Conseguir que la enfermera y el médico conformen un equipo de decisión en los problemas de diagnóstico y tratamiento del cuidado clínico, de manera que la enfermera haga valer sus observaciones y agregue alcance y continuidad en el manejo de la enfermedad. La enfermera que actúa en una práctica ampliada, se distinguirá por su capacidad de hacer observaciones objetivas y mensurables par elaborarlas mediante un razonamiento sistemático. Al tratar la información clínica y al tomar decisiones clínicas hay que realizar descripción pura, identificación y el diagnóstico.

En el diagnóstico se indica la anormalidad anatómica o de otro tipo a la cual se le puede atribuir la entidad observada.

Documentación sobre los cuidados de enfermería con orientación a la solución de problemas: Desde siempre, las anotaciones de enfermería sobre el cuidado del paciente se han limitado en pequeñas observaciones casuales y más importantes del paciente. Lo que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no aparecen son los cuidados de enfermería. ni acciones independientes que podrías servir como contribución en investigaciones de enfermería clínica.

Actualmente los conceptos y funciones de enfermera profesional están cambiando y esto se empieza a reflejar en los registros clínicos de las enfermeras en ejercicio de su profesión con los cuales quieren facilitar la atención del paciente. consignar evidencia documentada de sus contribuciones para las investigaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 REFLEXIONES SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: UNA CONSTRUCCIÓN RACIONAL O LA INTERPRETACIÓN DE UN SIGNIFICADO.

En la experiencia de construir diagnósticos ocurren casos en los que la interpretación de la Enfermera es distinta de la del paciente. Se cita el ejemplo de la paciente que estando programada para apendicectomía de urgencia, solicita permiso para resguardar a su hija y regresar al quirófano. En este caso su dolor era mínimo con respecto a su preocupación por la seguridad de su hija. En este sentido cabe la pregunta ¿cuál es el diagnóstico de Enfermería esencial? El problema del riesgo a su vida o es la interpretación de su angustia, ¿la comprensión del significado de su situación?

Virginia Madrigal (2003)²⁰ como experta en enfermería crítica, en el Hospital Español de México comenta que el principal diagnóstico de Enfermería en un paciente infartado se relaciona más que con el dolor, con su miedo a la muerte. Es decir con el significado de su problema psicológico y no tanto el daño orgánico que también es real. Nunca mejor ejemplificada la diferencia entre la racionalidad de un problema y su significado para el paciente.

La literatura especializada establece que el diagnóstico se analiza e interpreta de forma crítica, se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas, garantizando intervenciones en la solución de problemas de salud en el marco de la competencia clínica; a partir de tales diagnósticos, se diseña, se ejecuta y se evalúa un plan de cuidados.²¹

²⁰ Madrigal Virginia. 2003. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Español de México.

²¹ Op Cit Iyer Patricia W. Pp 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico es el segundo paso del proceso de enfermería derivado de la revisión y valoración de una serie de hallazgos; es una conclusión o enunciado definitivo, cuya claridad, depende de la capacidad individual de interpretación y construcción de quien lo elabora; a partir del estado de salud, de los problemas y necesidades del paciente que pueden modificarse por la intervención de la enfermera.²² Proporciona una orientación global, que tendría que promover la identificación de todos los problemas de cada paciente en particular.

Una comprensión exhaustiva de los aspectos relacionados con la ejecución del diagnóstico puede jugar un papel crucial en el logro de beneficios máximos, y en la creación de medios eficaces para tratar los problemas de enfermería. Las ventajas prácticas y teóricas de los diagnósticos enfermeros correctamente formulados pueden ser considerables.

Los diagnósticos de enfermería hechos por enfermeras profesionales, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia; están capacitadas para tratar. Un diagnóstico, es un conjunto de criterios esenciales relacionados, es decir, que deben existir por lo menos dos o más hechos presentes o un conjunto de manifestaciones específicas para cualquier diagnóstico, comparando los datos que presenta el paciente. La enfermera puede excluir algunos datos y aceptar otros con el fin de establecer un diagnóstico. Cada diagnóstico de enfermería es una respuesta humana frente a un desencadenante. Estos diagnósticos se dividen en dos grupos:²³

1. **Diagnósticos Predominantemente de Enfermería:** son los problemas del paciente resueltos por las enfermeras. Estos modelos representan las clases

²² Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería 2ª edic. Manual Moderno México D. F. 1999 Pp. 210

²³ Campbell Claire Tratado de Enfermería, Doyma Barcelona 1990 Pp 56

de problemas que los individuos piden a las enfermeras que les resuelvan y forman la base para una expresión diagnóstica de enfermería.

2. **Diagnósticos Duales:** son aquellos problemas del paciente resueltos o tratados comúnmente por enfermería, medicina y otras disciplinas de la salud. Gebbie y Lavin afirmaron que no existe prohibición para el uso de una etiqueta procedente de otro campo si, las enfermeras la utilizamos con las características y la exactitud esperadas y si expresa lo que deseamos decir.

Los diagnósticos de enfermería se basan en necesidades y problemas, son individualizados, están sujetos a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, describen los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su estado de vida. Su construcción y consecuentemente su redacción es descriptiva, predictiva o explicativa y dependerá del nivel de experiencia clínica de quien lo elabora. Es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación; es muy importante la confirmación y ordenamiento de los diagnósticos de acuerdo a las prioridades que el paciente presente, es por ello que al formular un diagnóstico no solo se hará como simples enunciados, más bien es, en esencia la causa y el efecto para cumplir su condición racional.

Para que el personal de enfermería concluya en un acertado diagnóstico debe contar con un amplio acervo de conocimientos científicos basados en las ciencias biopsicosociales, pero sobre todo debe ser experta en la valoración clínica que le permitan fundamentar su actuar en cualquier momento y poner en marcha el plan de atención²⁴

²⁴ Rosales Barrera Susana Op Cit. Pp 211

El proceso de construcción de los diagnósticos tiene tres fases.

1. Recolección de Datos:

Es el acto de interpretar los datos obtenidos. En este proceso como primer punto se tienen que organizar los datos, mediante un instrumento guía o formato para la valoración de los mismos, facilitando así la organización de la información; posteriormente, si bien no es obligatoria, se comparan los datos obtenidos con los estándares establecidos; después se agrupan y se examinan para determinar si siguen algún patrón, si representan accidentes aislados y si son significativos. Durante esta agrupación, la enfermera interpreta el significado de las sugerencias y denomina los grupos de sugerencias como categorías de diagnósticos de prueba. Sobra decir que ese es un proceso cualitativo de interpretación de significados a partir de los cuales se crean conceptos que explican una realidad particular.

2.- Proceso de Abstracción de la Valoración Clínica.

El proceso de construcción de los diagnósticos implica un ejercicio de reflexión que exige el confrontar los hallazgos con el marco referencial de quien valora. Quizá por esto Yura y Walsh (1983) nos dicen que dicho proceso puede dar origen a las siguientes percepciones:

- * "No existe ningún problema y se confirma el estado de salud del paciente.
- * No existe ningún problema, pero hay un problema potencial.
- * Existe un problema, pero el paciente lo está afrontando eficazmente.
- * Existe un problema y el paciente necesita ayuda para resolverlo.
- * Existe un problema, pero el paciente no puede resolverlo en ese momento.
- * Un problema no lo está incapacitando actualmente pero lo hará en fechas posteriores.
- * El problema es crónico y permanente"

No obstante hay que tener la disciplina de construir con rigor metodológico los diagnósticos.

3.- Formulación de Diagnósticos

En esta fase, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores causales relacionados con ellos, los cuales pueden ser: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Es importante determinar que el problema pueda resolverse con acciones de enfermería independientes o abordarlas multidisciplinariamente, o bien se deberá remitir al paciente al experto adecuado del equipo sanitario. Al incluir los factores causales en los enunciados la enfermera puede diseñar un plan de cuidados.²⁵

Su redacción puede ser según Rosalinda Alfaro nos menciona, como escribir las formulaciones diagnósticas.²⁶

Para el diagnóstico de enfermería real: utilizar el formato PES, uniendo el problema con la etiología, utilizando "relacionado con", añadiendo "manifestado por" y los signos y síntomas que validen la existencia del diagnóstico.

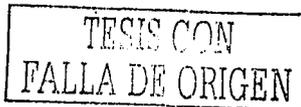
Para el diagnóstico de enfermería potencial; cuando los datos demuestren factores de riesgo de un problema, pero no hay signos y síntomas del mismo. Se unen los factores de riesgo utilizando "relacionado con" y etiquetado como problema potencial.

Para el diagnóstico de enfermería posible; si se sospecha la existencia de un problema, pero se carece de datos que lo confirmen, se identifica el problema como posible.

Christensen menciona que también se pueden redactar diagnósticos en estado de salud cuando el individuo con o sin diagnóstico médico se está enfrentando adecuadamente al

²⁵ Kozier, Erb y Olivieri Enfermería Fundamental, Tomo I, 4ª edic. Interamericana, Barcelona 1993 Pp 214

²⁶ Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica 2ª edic. Doyma, Barcelona 1995 Pp. 77



momento, entonces los diagnósticos de enfermería se redactan en relación con la preservación del estado de salud del paciente. Los diagnósticos son manifestados como " la conservación de la homeostasis o equilibrio o conservación del estado de salud ".²⁷

Variaciones en la estructuración del diagnóstico:

Carlson plantea que habrá ocasiones en las que el diagnóstico no pueda expresarse de modo realista o adecuado. Esto puede suceder en las siguientes situaciones:

- * Dos alteraciones que se relacionan estrechamente.
- * Dos o más factores que contribuyen en la alteración.
- * No se han establecido todavía las bases de la alteración.
- * Las bases de la alteración son demasiado complejas para describirse en una frase concisa.
- * La declaración concisa sería insuficiente para el objetivo de planificar las actividades de enfermería.²⁸

Por lo que, por ejemplo: existe una falta de acuerdo entre las enfermeras acerca de cómo se debe estructurar la redacción. En la mayoría de casos, es importante que la redacción se haga de la manera más específica posible. El formato a utilizar tendría que ser uno que cumpliera los objetivos principales del diagnóstico, esto es, dar una directriz a la actuación de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁷ Christensen JP, Griffith WJ. Proceso de Atención de Enfermería El Manual Moderno, México D. F., 1993 Pp 148

²⁸ Carlson, J. H Craft, C. A. Diagnósticos de Enfermería Edit Pirámide 1982 pp. 88.

2.5 CONCLUSIONES:

En la medida en que la enfermera hace valer sus observaciones, agrega alcances y continuidad en el manejo, al hacer la valoración e intervención clínicas en la cabecera del paciente, en el consultorio o en el hogar, formulando juicios clínicos, realizando orientaciones terapéuticas del cuidado: el trabajo con el equipo de salud sería más interdependiente, responsable y autónomo, derivados estos de una experiencia clínica directa y de su competencia profesional.

La necesidad que existe de encontrar nuevos enfoques y definiciones del papel y las funciones de la práctica de la enfermera en una alienación profesional dentro del amplio campo de la salud, es algo que va más allá de los planteamientos actuales por lo que se requerirá de decisiones fuertemente sustentadas en la ciencia, en su quehacer y su saber, con otros niveles de enfermería y al lado de otros profesionistas que contribuirán en esta tarea.

No se puede equiparar un modelo conceptual de enfermería con un paradigma, porque este último implica una aceptación general por la comunidad científica durante un determinado periodo histórico, y los modelos de enfermería son múltiples en un mismo espacio y tiempo, son de aceptación variable por países e instituciones y en algunos contextos con poco respaldo en la investigación. Algunos autores que han analizado tales modelos opinan que aún estamos lejos de construir un paradigma que pueda guiar la investigación y las intervenciones en el campo de la enfermería.

Cuando se trata de modelos de enfermería, las autoras más nombradas pertenecen a la corriente norteamericana que propone modelos generales, que parten de un referente teórico y expresan su concepción sobre el cuidado en enfermería. En cuanto al desarrollo de modelos conceptuales en América Latina, no todas pertenecen al ámbito académico ni

tienen en común niveles de formación avanzado, aun cuando su interés es desarrollarse profesionalmente y aportar soluciones al campo de la salud.

En México los escenarios idóneos para el desarrollo y fortalecimiento de este campo lo constituyen las maestrías y doctorados; y tendrían que asumir este compromiso más profunda y científicamente a fin de concretar, construir o desarrollar los modelos de enfermería del futuro.

Como se aclaró al inicio, este ejercicio preliminar de acercamiento a Henderson permite reconocer la importancia de discutir las bases filosóficas que aporta para el avance de la Enfermería. Es evidente que Virginia Henderson trabajó en la definición de los límites y el contenido de la profesión aproximándose, sin duda, a una definición universal de la disciplina de enfermería. Faltan muchos mas trabajos de análisis serios a fin de consensar si los planteamientos teóricos surgidos de esta definición pueden constituir realmente una teoría de Enfermería.

Prueba del interés por validar tales postulados es el uso frecuente de una guía de valoración de Enfermería intentando la enumeración y descripción de sus también clásicas "14 necesidades", como criterios para la actuación de la Enfermera de cualquier área.

Es deseable hacer el seguimiento y documentar todos aquellos trabajos en los escenarios clínicos que pretenden establecer la congruencia entre filosofías o marcos conceptuales, métodos, técnicas e instrumentos a fin de asegurar el rigor metodológico exigido a toda disciplina.

La valoración es el proceso continuo a través del cual todas las observaciones e interacciones se utilizan para recabar nuevos datos, reconocer cambios y analizar necesidades; el examen de enfermería identifica la falta de funcionamiento o causa de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedad y tiene como base la recuperación de la capacidad funcional tanto como sea posible.

La precisión y pericia para interpretar los resultados son esenciales y constituyen la piedra angular de la sistematización del Proceso de Atención de Enfermería: cabe señalar que es la habilidad y destreza en los procesos de valoración lo que determina la capacidad objetiva de la enfermera.

Existe un modelo que predomina en la construcción de los diagnósticos: dicho modelo, si bien predomina no es el único. El criterio general establece que un diagnóstico es una redacción concisa que describe la alteración del estado de adaptación, conectada por una expresión de relación. en un segundo momento se describe el motivo o la base de la alteración: cuando la situación es única o completa, o cuando toda la información necesaria para formular una redacción de las dos partes no está disponible. Los diagnósticos se escriben para describir las posibles alteraciones de la adaptación, al igual que aquellas que ya existen.

No obstante las recomendaciones de las expertas cabe recordar que la redacción de un diagnóstico de enfermería sigue siendo un objeto de investigación, que no solo será profundizada, sino que dará lugar, en tanto que su esencia es interpretar a un replanteamiento epistemológico y por lo tanto paradigmático hacia lo fenomenológico. Desde luego faltan muchos ejercicios para consolidar tal propósito, la estrategia sugerida es comentar más a menudo con las expertas clínicas y ante todo aprender a interpretar los significados que dan las personas en situaciones de enfermedad.

Utilizar el diagnóstico de enfermería en cualquiera de sus marcos de intervención ayudará a las enfermeras a darse cuenta de que "a veces basan su atención en supuestos, más que en una evaluación completa"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El análisis y la síntesis de la información requiere objetividad, deliberación, razonamiento y discriminación: siendo importante identificar los aspectos positivos, así como los problemas obvios o potenciales.

Nuestra tarea es entonces simplificar, afinar, extender, analizar, reestructurar y reestudiar e incluso refutar nuestros diagnósticos de enfermería, con el fin de que sean útiles a nivel de la práctica de todas las profesionales de enfermería al margen de sus áreas de actividad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6 ASPECTOS ÉTICO – LEGALES:

El conocimiento de la ética, la moral y las leyes que regulan la práctica de la atención a la salud tiene gran importancia para todos los profesionistas de la salud, adquiriendo mayor trascendencia en virtud de que el desarrollo tecnológico, científico y los cambios económico – sociales, sitúan al trabajador de la salud frente a problemas que antes no tenían que confrontar.

ASPECTOS LEGALES DE LA MEDICINA EN MÉXICO, LEY GENERAL DE SALUD. ²⁹ TOMO I En su decimosexta edición 2000 describe: La estructura del sistema de salud, las obligaciones del estado referentes al cuidado de la salud, las características fundamentales del personal de atención a la salud, características sanitarias de diversos insumos, investigación para la salud, además de numerosos decretos y reglamentos referentes a diversas instancias relacionadas con la salud.

Específicamente en el Título quinto, investigación para la salud, Capítulo único, Artículo 96, la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y estructura social;
- III a la prevención y control de problemas de salud que se consideren prioritarias para la población,
- IV al consentimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁹ Lev General de Salud editorial Porrúa 16ª edición México, D. F. 2000

V al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud:

VI a la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 103 en el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando existe posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento escrito de éste, de su representante legal en su caso o del familiar más cercano en vínculo que sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

Título séptimo. Promoción de la Salud. Capítulo dos. Educación para la Salud. Artículo 112

La educación para la salud tiene por objetivo:

I fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud:

II proporcionar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Es evidente que el conocimiento de las leyes en salud trasciende a todos los profesionistas de ésta área, por lo que es importante señalar que como trabajadores de la salud sea cual sea la modalidad asistencial a la que se incorporen, la responsabilidad no se diluye ni en el trabajo individual ni en el trabajo en equipo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México jurídicamente la legitimación del acto biomédico tiende a ser estricto para el médico y no distribuye equitativamente la responsabilidad con personal paramédico; quedando implícita enfermería. La libertad del personal de salud, entendida como una facultad estará también limitada por los siguientes parámetros, acto terapéutico, consentimiento del enfermo y el no lesionar los derechos de terceros.

CONSIDERACIONES GERIÁTRICAS:

La protección al grupo de adultos mayores, ha de ser contemplada en la legislación, para prever posibles problemas y conflictos entre los individuos de distintas generaciones, la ley debe conferir seguridad jurídica a los ancianos pero también a sus familiares. Concretar la responsabilidad profesional es considerar que cualquier decisión de cuidado debe tener como objetivo preservar, potenciar y defender el bienestar del anciano. El mantenimiento de la autonomía del anciano supone considerarlo capaz para la toma de decisiones, siempre hay un ámbito de la vida sobre el que la persona puede decidir. Los derechos humanos en el marco sanitario son corresponsabilidad de todos los profesionales.

Para el caso clínico en cuestión, los aspectos Ético Legales fueron cubiertos por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Subirán, de acuerdo a los requerimientos que esta marca para cubrir la reglamentación legal, que regula la práctica médica y paramédica en todos los consentimientos a la terapéutica requerida para la recuperación del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.7 ASPECTOS CLÍNICOS INHERENTES AL CASO

2.7.1 DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES Y FISIOPATOLOGÍA.

Antecedentes: En 1980 y 1985, la OMS y un grupo de expertos revisaron y modificaron los criterios propuestos por el GNDD (National Diabetes Data Group) de Estados Unidos siendo estos cambios más de detalle que de fondo.

En 1997 la GNDD define Diabetes como: ³⁰

“Un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia provocada por defectos de la insulina en la secreción, acción o ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se acompaña de daño, disfunción e insuficiencia a largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos”.

Clasificación Etiológica: ³¹

- I Diabetes tipo 1
- II Diabetes tipo 2
- III Otros tipos específicos:
 - a) Defectos genéticos de la función de la célula Beta
 - b) Defectos genéticos en la acción de la insulina
 - c) Enfermedades del páncreas endocrino
 - d) Endocrinopatías
 - e) Inducida por fármacos o sustancias químicas
 - f) Infecciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁰ Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Sistema de Actualización Médica, Diabetes, 1ª edición 2002 Pp 19

³¹ Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Op Cit. Pp 9 - 35

g) Formas infrecuentes de diabetes de causa inmune

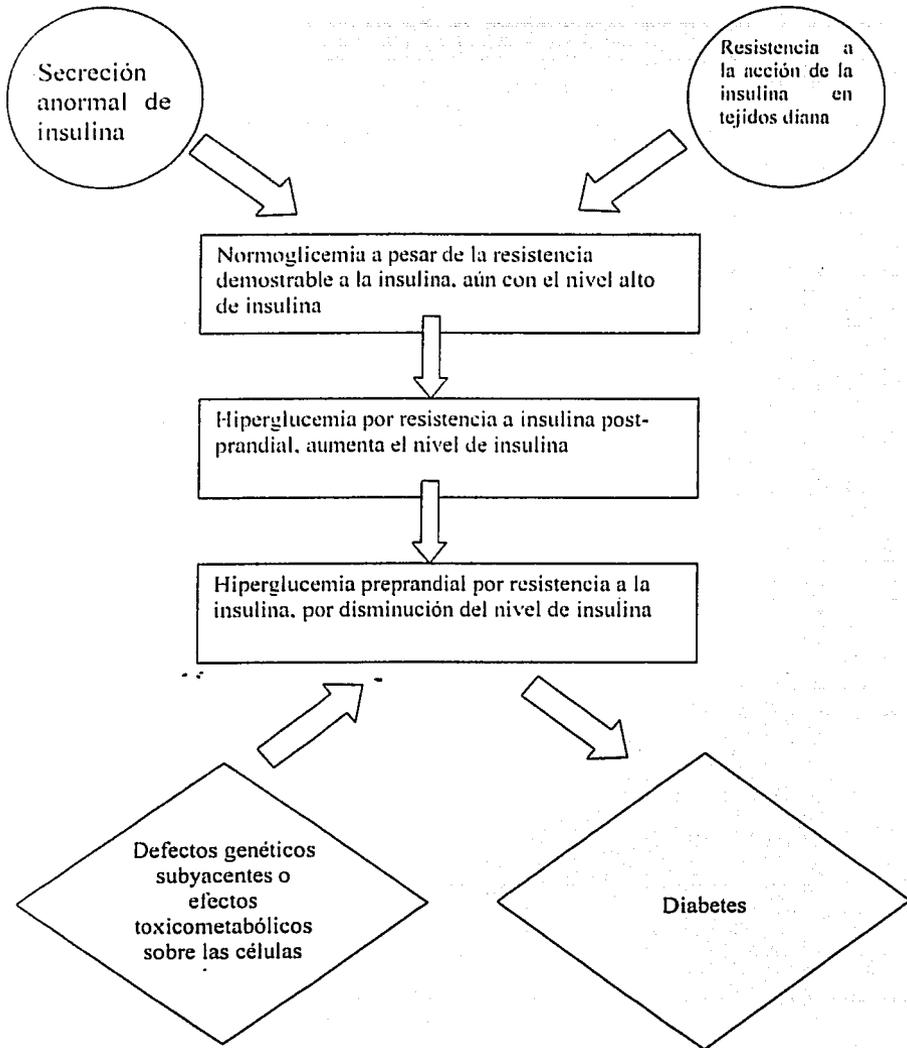
h) Otros síndromes genéticos a veces asociados con diabetes

IV Diabetes Mellitus Gestacional.

Los síndromes diabéticos tienen una gran variedad clínica y representan la expresión de un gran número de factores genéticos, inmunológicos, bioquímicos y ambientales, cuya etiología precisa se desconoce.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIABETES MELLITUS



Fuente: Algoritmo fisiopatológico, diabetes mellitus, tipo 2. John Anderson, Ph D., y Sanford C. Garner, Ph. D., 2000 pag 811

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Epidemiología: En México la Diabetes Mellitus afecta aproximadamente tres a cuatro millones de personas, de las cuales una gran mayoría son obesos o tienen sobrepeso ³² En el Mundo las cifras de diabetes puede redondearse cerca de 115 millones de diabéticos de los cuales el 90% aproximadamente 100 millones corresponden al tipo 2 y 11.5 millones el 10%, al tipo 1. Las previsiones recientes del Instituto Internacional de la Diabetes sitúa en 220 millones, las personas que padecerán esta enfermedad en el año 2010.

En este caso aremos referencia a la DMT 2 y con énfasis en geriatría ya que es el estudio de caso motivo de esta revisión.

En el anciano su prevalencia aumenta con la edad, un 3-5 % en la 4ª y 5ª década de la vida, a un 10-20% de las personas en la 7ª y 8ª década de la vida ³³ La prevalencia en EU asciende a 18 % en población entre los 65 y 75 años y se acerca a 40 % al llegar a los 80 años, recibiendo una gran influencia de los factores genéticos y ambientales. Los ancianos afroamericanos de 66 a 77 años tienen una prevalencia 50 % mayor de la enfermedad que la raza blanca 26 %, en tanto que los grupos de extracción latina y algunos americanos nativos también, muestran prevalencia mucho mayor ³⁴ Entre la población geriátrica, cerca del 50% presenta intolerancia a la glucosa, aunque la dieta, la obesidad y la falta de ejercicio explican algunos de estos hallazgos. Esto no debe diagnosticarse como diabetes, en el anciano la influencia de intolerancia a la glucosa es muy alta, el criterio diagnóstico es la glucosa plasmática en ayuno.

La diabetes en las personas de edad se aborda desde dos perspectivas según Robert Igregerman Michael D Katz, por una parte, los aspectos singulares del estado diabético y su

¹² Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Op Cit. Pp 25

¹³ Manual Merck de Geriatría 2ª edición 2001 Pp 624

³⁴ L Kathleen Maham Nutrición y Dietoterapia de Krause 10ª edición, McGraw -Hill 2001 Pp 805-846

tratamiento y por otro, la diabetes como enfermedad que acelera el envejecimiento, especialmente del aparato cardiovascular, los efectos adversos de los trastornos propios de la diabetes que se manifiestan en el metabolismo de los lípidos y la aceleración de la aterosclerosis y quizá más recientemente, los posibles efectos adversos de la hiperinsulinemia en el aparato cardiovascular que a menudo acompaña al estado diabético. Hay que destacar que muchos pacientes del Tipo 2 necesitan insulina para el control de su hiperglucemia. Sin embargo, por lo común, no están predispuestos a presentar cetoacidosis diabética y convendría más bien calificarlos como "Insulinorreceptores" o "Insulinonecesitados". En la DMT2 generalmente, los islotes pancreáticos conservan la proporción entre células Beta y Alfa siendo estas normales.

La hiperglucemia puede ser una causa añadida de intolerancia a la glucosa, ya que reduce la sensibilidad a la insulina y aumenta la producción hepática de glucosa. La edad parece ser una variable independiente que interactúa con la diabetes para acelerar la aparición de problemas médicos. Incluso si la enfermedad es de comienzo tardío, disminuyendo la supervivencia de los pacientes.

El problema tiene dos caras; el posible efecto adverso de la hiperglucemia que produce síntomas y complicaciones de inmediato; y la contribución y aceleración de problemas, en particular vasculares a mediano y largo plazo, contribución de la hiperglucemia.

Signos y Síntomas: La DMT2 puede comenzar con hiperglucemia sintomática, coma hiperosmolar hiperglucémico no cetósico (CHHNC) o con manifestaciones clínicas de una complicación tardía de la diabetes. La hiperglucemia asintomática suele corresponder a cifras de glucosa ≤ 200 mg/dl no provocando glucosuria ni catabolismo significativo.

En la hiperglucemia sintomática >200 mg/dl, aparece poliuria, seguida por polidipsia y pérdida de peso, generando deshidratación en etapas agudas. Los ancianos pueden presentar

una hiperglucemia considerable sin poliuria. La hiperglucemia también puede provocar visión borrosa, fatiga, náusea así como favorecer las infecciones micóticas y bacterianas. en las mujeres con hiperglucemia sintomática suele asociarse con prurito vulvar, producido por candidiasis vaginal.

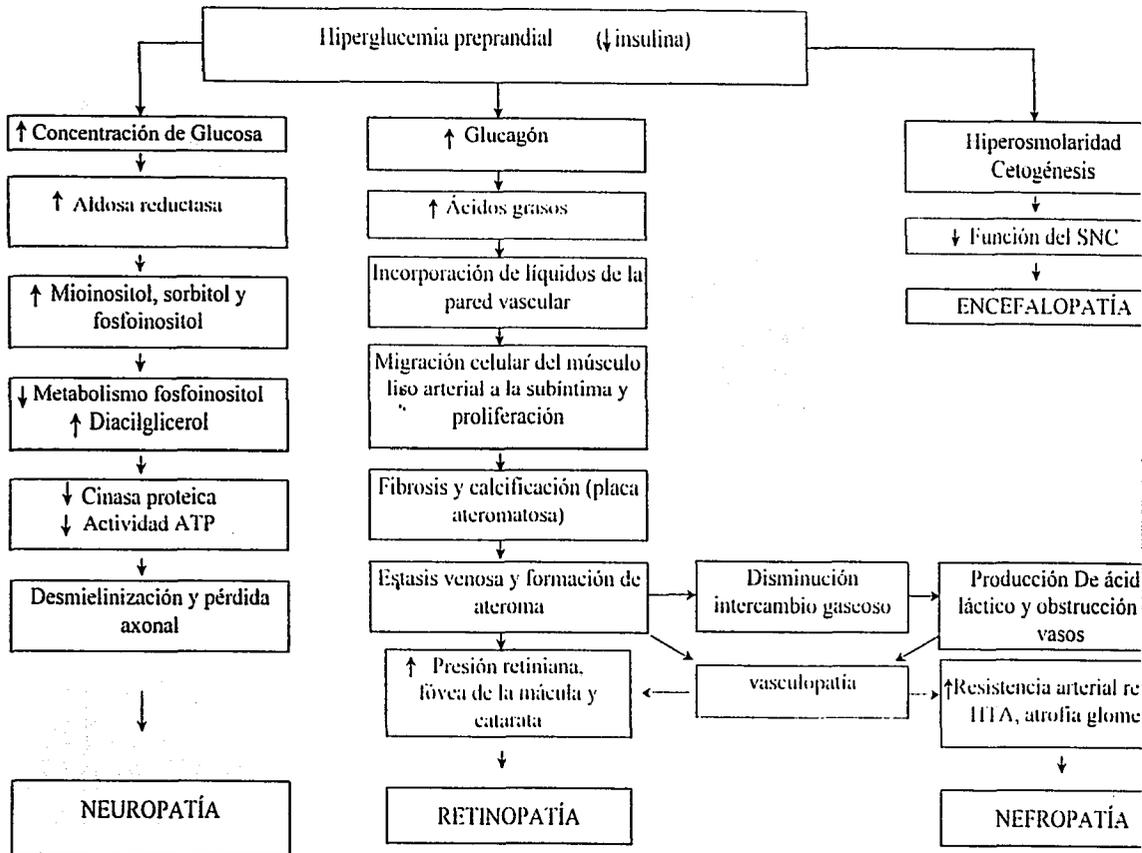
Complicaciones: Efectos a corto plazo, la hiperglucemia multiplica por cinco el riesgo de macroangiopatía, otros factores como hipertensión y tabaquismo la aumentan 10-20 veces³⁵.

Las complicaciones de la diabetes tardan 5 años o más en aparecer, se tiene la impresión clínica de que las complicaciones que sufren los ancianos pueden ocurrir de forma acelerada. Los ancianos diabéticos se ven más gravemente afectados por problemas cardiovasculares, teniendo dos veces más riesgo de presentar infarto recurrente y mortal del miocardio. Otro factor contribuyente es la dislipidemia caracterizada por aumento de triglicéridos y disminución de lipoproteínas de alta densidad, esta macroangiopatía puede producir ictus, arteriopatía coronaria sintomática, lesiones cutáneas e infecciones, siendo más o menos frecuentes las amputaciones de los miembros inferiores por vasculopatía periférica grave o gangrena. Cabe recordar que hoy en día muchos estudios muestran claramente que, una vez establecidas las complicaciones son irreversibles. Así mismo se creó que los riesgos de hipoglucemia son mucho mayores para los ancianos que para los jóvenes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁵. Díaz Cadórniga FJ, Delgado Álvarez E. Situaciones Agudas del Diabético: Cetoacidosis, Coma Diabético Hiperosmolar no Cetósico, Coma Hipoglucémico, en Endocrinología Clínica. 1ª ed. Madrid, Edit. Díaz de Santos 1995, Pp.460.

COMPLICACIONES TARDÍAS DMT 2



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

66

Diagnostico: En la actualidad no se cuenta con un marcador específico y sencillo de la presencia de la enfermedad y no se le puede identificar por medio de indicadores genéticos, ni estudios serológicos. El clásico marcador es la **GLUCEMIA**, la importante relación del incremento de la glucemia con el trastorno cada vez mayor de la tolerancia a la glucosa, que ocurre con la edad, no representa diabetes verdadera.

Criterios diagnósticos según la GNDD 1979 y OMS 1980 y 1985, utilizan tres métodos de diagnóstico¹⁶:

- 1) La glucosa de ayunas.
- 2) La glucosa casual y
- 3) La prueba de tolerancia a la glucosa.

Sus resultados deben comprobarse en una segunda ocasión y/o combinarse con síntomas clínicos para establecer el diagnóstico.

Niveles de glucemia en ayuno ≥ 126 mg/dl con un ayuno de por lo menos 8 horas ya que a partir de estas cifras aparecen complicaciones y que en la mayoría de los pacientes van seguidas de una DM establecida.

Síntomas de diabetes más una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (casual o en cualquier momento del día, independientemente de la última comida)

Glucemia plasmática a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral empleando el equivalente de 75 gr de glucosa anhidra disuelta en agua.

Hemoglobina glucosilada (HbA), no es específica para diagnóstico, sin embargo una HbA elevada suele indicar la existencia de la misma (por abajo de $\geq 8\%$ previene o retrasa la mayoría de las complicaciones) valor normal de la HbA es de 4 a 7%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁶.-Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Op Cit. Pp. 27.

Tratamiento ³⁷:

Perfil lipídico, nitrógeno ureico sanguíneo y creatinina sérica. ECG. exploración oftalmológica.

- ❖ Control glucémico agresivo tanto como lo permita el estado general del paciente. no se recomienda tan estricto en el paciente geriátrico.
- ❖ Evitar los episodios hiperglucémicos así como las hipoglucemias.
- ❖ Control de peso, el objetivo principal en pacientes con sobrepeso es la pérdida del mismo y mantenerlos en el peso ideal.

Tratamiento Nutricional: según el Dr. José de Jesús Ríos González, la alimentación es la base del tratamiento entre el 80 y 90 % de las actividades terapéuticas dependen del paciente y de su estilo de vida, la orientación no debe dirigirse a imponer un plan en el que el paciente obedezca en forma pasiva, sino a lograr la forma de concordar para que el perfil a seguir tenga el toque personal y corresponda en lo posible a las costumbres de cada individuo.

La Federación Mexicana de Diabetes ha elaborado unas guías dirigidas a personas con cierto nivel cultural. Proporciona información para autoevaluación nutricional y del estilo de vida, propone las cinco herramientas básicas para el tratamiento; educación, nutrición, ejercicio, fármacos y exámenes de control. ³⁸

Educación diabetológica: incorporación temprana a grupos de autoayuda en el que se evalúan las experiencias previas, el paciente participa activamente, el programa es personalizado, implica la participación familiar en el proceso educativo.

Ejercicio: El ejercicio también ha sido desde siempre uno de los elementos básicos en el tratamiento de la diabetes, dentro de los beneficios del ejercicio encontramos, disminución de la cantidad de insulina o hipoglucemiantes orales que se requieren,

³⁷ Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Op. Cit. Pp. 69 – 83.

³⁸ L. Kathleen Maham Op Cit Pp. 814

mejora el tono muscular, mejora el retorno venoso, disminuye el estrés, aumenta la tolerancia al trabajo, retrasa el envejecimiento, mejora la autoestima. Se requiere de un plan de ejercicio dirigido, personalizado y supervisado para cada paciente en la que el plan y programa de ejercicio sea regulado y continuado por el paciente de acuerdo a sus preferencias, horarios y posibilidades.³⁹

Tratamiento Farmacológico: Se cuenta ahora con una amplia variedad de alternativas terapéuticas farmacológicas que permiten elaborar estrategias terapéuticas seguras.

Según la Asociación Americana de Diabetes son:

- a) Mantener al paciente libre de síntomas atribuibles a la diabetes.
- b) Prevenir las complicaciones agudas.
- c) Prevenir las complicaciones microvasculares.
- d) Reducir las complicaciones macrovasculares.
- e) Ofrecer al paciente una supervivencia igual que las personas sin diabetes.

Criterios de control marcados por esta asociación son los niveles de glucemia, hemoglobina glucosilada y lípidos.

Para establecer una selección adecuada de los fármacos se toma en cuenta:

- a) Inicio de la enfermedad después de los 30 años de edad.
- b) Tener Diabetes de menos de 5 años de evolución.
- c) Tener peso normal u obesidad.
- d) Estar dispuesto a seguir un plan de alimentación razonable.
- e) En caso de estar utilizando insulina, necesitar menos de 20 unidades para el control.
- f) No ser totalmente deficiente de insulina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁹ Nilo, José Luis Medicina del Deporte 2ª. Edición Editorial Prensas Médicas Mexicanas S.A. de C.V. México, 1992, Pp 112-117. 406-411

- d) Estar dispuesto a seguir un plan de alimentación razonable.
- e) En caso de estar utilizando insulina, necesitar menos de 20 unidades para el control.
- f) No ser totalmente deficiente de insulina.

De acuerdo con United Kingdom Diabetes Prospective Study, señala que con el paso de los años los pacientes van perdiendo su control y con toda seguridad si el paciente vive suficientemente, todos llegarán a requerir insulina, ya que los islotes de Langerhans eventualmente quedan exhaustos.

El objetivo en la terapéutica farmacológica no es lograr una glucemia casi normal, sino estabilizar las fluctuaciones en límites que prevengan la hiperglucemia y la hipoglucemia.

40

- ❑ Eliminado los síntomas.
- ❑ Optimizando los parámetros metabólicos.
- ❑ Ayudar al paciente a alcanzar su peso ideal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁰ Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Op. Cit. Pp. 157 – 164.

2.7.2 COMA HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO (CHHN)

La urgencia endocrina siempre es una crisis porque las hormonas afectan todas las funciones corporales y estos problemas críticos necesitan la intervención médica inmediata.

“De manera conjunta los sistemas endocrinos y neurológicos controlan el metabolismo corporal y conservan la homeostasis, al revisar la forma en que actúan los sistemas de control hormonal, se tiene una idea más clara de lo que ocurre en caso de una urgencia endocrinológica, cualquier perturbación de sistema de control tendrá graves consecuencias.

Según F. J. Díaz E. Delegado de Álvarez (CHHN) el coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico: Se produce como resultado de un déficit absoluto o relativo de insulina. De pronto se ven aumentadas las necesidades insulínicas, casi siempre por alguna forma de estrés físico o emocional, como por ejemplo; infecciones, intervenciones quirúrgicas o por alguna enfermedad aguda.

Suele ser el estado final de la descompensación metabólica de los diabéticos tipo 2, en adultos y ancianos.

Incidencia: citado por F, J. Díaz E Delgado de Álvarez Cadórniga, el CHHN constituye entre el 5-20% de todas las urgencias endocrinológicas, suele presentarse en personas de más 50 de años y hasta en un 50% de ellas, no se conocía previamente la diabetes.

Causas Desencadenantes:

- ⇒ Infección fundamentalmente respiratoria (34%) y urinaria (29%)
- ⇒ Medicación, esteroides, diuréticos, hipotensores, inmunosupresores
- ⇒ Trastornos digestivos, vomito diarrea, hemorragias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ⇒ Quemaduras
- ⇒ Traumatismos
- ⇒ Ictus y otras afecciones neurológicas
- ⇒ Pancreatitis aguda
- ⇒ Diálisis peritoneal con soluciones hipertónica
- ⇒ Diversas endocrinopatías: acromegalia, tiroxicosis, síndrome de cushing
- ⇒ Alteración cardiovascular: IC, IAM

Fisiopatología: constituye una urgencia grave, incluso mortal, entre el 12 y 42% en Estados Unidos esta caracterizada por una hiperglucemia intensa (los niveles de glucosa en sangre superan los 500 mg/dl y pueden llegar hasta los 2.000 mg/dl) con una ausencia de cetonemia importante, provoca una diuresis osmótica con pérdida de electrólitos, entre ellos potasio, magnesio y fósforo, una osmolaridad plasmática mayor de 325 mOsm, un pH superior a 7.30.⁴¹

El mecanismo responsable de la ausencia de cetonas elevadas no se conoce del todo; se ha sugerido que los individuos que desarrollan las CHFN producen suficiente cantidad de insulina para mantener un metabolismo normal de las grasas, pero escasa para una utilización normal de glucosa. La ausencia de Cetoacidosis y la lenta aparición de síntomas neurológicos vagos. Los cuerpos cetónicos son normales o minimamente, elevados, permaneciendo generalmente entre 0.5-1 mmol/l

La dosis inadecuada de insulina interfiere en la captación de glucosa por parte de células grasas y músculo y dado que ellas no pueden asimilar la glucosa para transformarla en

⁴¹ Díaz Cadorniga FJ, Delgado Álvarez E. Situaciones Agudas del Diabético: Cetoacidosis, Coma Diabético Hiperosmolar no Cetótico, Coma Hipoglucémico. en Endocrinología Clínica 1ª ed. Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1995, Pp.509-605

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

energía. los carbohidratos se acumulan en la sangre. Al mismo tiempo el hígado reacciona a las necesidades de las células que necesitan energía. al transformar el glucógeno en glucosa y liberarla en la corriente sanguínea con lo que aumenta todavía más la glucemia. Aún así las células privadas de insulina no utilizan la glucosa y reaccionan por medio de un metabolismo rápido de proteínas con lo cual se pierde el potasio y el fósforo intracelular y hay una liberación excesiva de aminoácidos. el hígado transforma a estos últimos en urea y glucosa.

Como consecuencia de los fenómenos anteriores aumentan extraordinariamente los niveles de glucosa en sangre y con ello hay una mayor osmolaridad sérica y glucosuria que ocasionan diuresis osmótica. Esta poliuria provoca a veces un intenso déficit del volumen de líquidos y shock y contribuyen al desarrollo de hipocalemia, hipofósfatemia e hipomagnesemia. La diuresis es hipotónica en relación con los electrolitos (se pierde agua en mucha mayor cantidad que sodio y otros electrolitos) La combinación de pérdida de líquidos hipotónicos y de hiperglucemia da lugar a una hiperosmolaridad sérica de agua fuera de las células. El resultado neto es una pérdida tanto de líquido intracelular (LIC) como extracelular (LEC) que llega hasta el 25% del agua corporal total. La cual origina toda la sintomatología encefálica del cuadro y, en fase final, el coma. Se produce déficit neurológicos (retardo de la actividad mental, confusión, convulsiones o coma) como resultado de la alteración de la función celular en el sistema nervioso central (SNC) secundaria al encogimiento celular.

La pérdida masiva de líquidos por diuresis osmótica ocasiona desequilibrio hidroelectrolítico y deshidratación. La pérdida de electrolitos, con lo cual contribuyen a la hiperosmolaridad y esta a su vez, perpetúa la deshidratación disminuye la filtración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

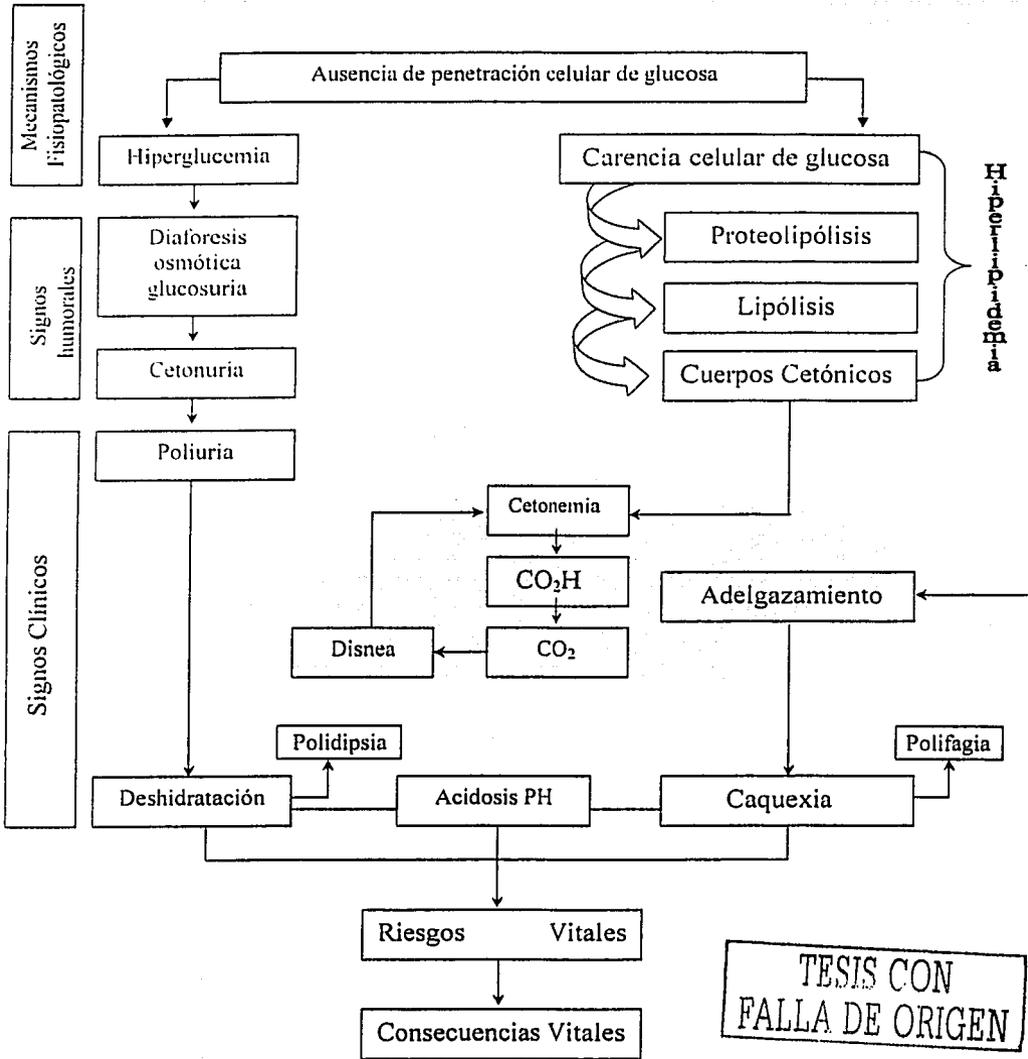
glomerular y aminora la cantidad de glucosa que se excreta por la orina, paralelamente se pierde la sensibilidad del centro de la sed

A medida que el volumen extracelular disminuye la sangre se vuelve más viscosa y su flujo se ve dificultado. Son frecuentes los tromboembolismos debido al aumento de la viscosidad sanguínea, al aumento de la agregación, de la capacidad de adhesión de las plaquetas y a la inmovilidad del paciente, crece la sobrecarga cardíaca y puede terminar en infarto de miocardio.

El flujo sanguíneo renal esta disminuido, lo que a veces origina un fracaso o insuficiencia renal, se puede producir también accidentes vasculares cerebrales por tromboembolismos o disminución de la perfusión cerebral. Todas estas graves complicaciones junto a la enfermedad precipitante inicial contribuyen a que la tasa de mortalidad supere los 50%. Nefropatía o enfermedad cardiovascular oculta se presenta en el 85% de los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARENCIA DE INSULINA



CUADRO CLINICO

Habitualmente el coma hiperosmolar hiperglucémico no cetósico (CHHN) es de comienzo lento hasta por varios días. se presenta en pacientes con DMNID (Tipo 2) mayores de 50 años. con discreto predominio del sexo femenino. presentando signos y síntomas: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, hipotensión ortostática, letargo, fatiga, náusea, anorexia, vómitos y diarrea, dolor abdominal de aparición lenta y lo más frecuente con síntomas neurológicos, depresión de la conciencia, hemiparesias, nistagmo, alucinaciones visuales. En la exploración física: los datos más relevantes serán los secundarios a la deshidratación grave que presenta la paciente: pliegue cutáneo positivo con una sequedad de piel y mucosas, escasa turgencia de la piel, membranas y mucosas secas, taquicardia, taquipnea y respiración superficial, irritabilidad, letargo y coma, pero lo más frecuente es una alteración cerebral sin signos de sufrimiento cerebral.

Las cifras de la presión arterial (TA) y la frecuencia cardiaca (FC) están en relación con el grado de deshidratación. Muy frecuentemente es la taquipnea a veces respiración de tipo Cheyne Stokes; pero siempre en ausencia de Kusmaul así como tampoco habrá aliento cetónico.⁴²

Es de interés la exploración abdominal porque la existencia de patología aguda a ese nivel puede indicarnos la causa desencadenante o bien la expresión de complicaciones sugeridas en el desarrollo del cuadro clínico. No es extraña la existencia de hipotermia leve o bien manifestación de un foco infeccioso.

Parámetros monitorizados y estudio complementario: EGC, disritmias asociadas a hipercalcemia, onda T puntiaguda, ensanchamiento del complejo QRS, prolongación del intervalo PR, onda P aplanada o ausente. A medida que la hipercalcemia empeora, estos

⁴² Díaz Cadórniga FJ, Situaciones Agudas del Diabético Op Cit. Pp. 509 – 605.

signos progresan en el orden dado, pudiendo terminar en asistolia, hipocalemia ($K < 3 \text{ mEq/l.}$).

Determinación hemodinámicas: PVC $> 3 \text{ mmHg}$ por debajo del nivel basal del paciente:
PDAP y PEAP $> 4 \text{ mmHg}$ por debajo del nivel basal del paciente.

PEAP = presión enclavada en arteria pulmonar.

PDAP = presión diastólica en arteria pulmonar.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEL BALANCE HIDRICO:⁴³

Glucosa en suero	Superior a 500- 600 – 2. 000 mg/dl
Cetonas en suero	Normal o algo elevada
Glucosa en orina	Positiva
Acetona en orina	Negativa
Osmolaridad sérica	$> 350 \text{ mOsm/l}$
PH sérico	Normal o algo ácido ($\text{pH} < 7,40$)
Sodio en suero	Elevado, normal o bajo ($> 145 \text{ mEq/L}$)
Hct en suero	Elevado, debido a hemoconcentración
BUN (Nitrógeno ureico en sangre)	Elevado $> \text{mg} / \text{dl}$ superior a 100mg/dl
Creatinina sérica	Elevado $> \text{mg} / \text{dl}$
Potasio sérico	Normal $O < 3.5 \text{ mEq/l}$
Fósforo, magnesio y cloruro en suero	Disminuidos

PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN ALTERACIONES DEL BALANCE HÍDRICO:

Hematocrito CYHO	Elevado
CO ₂ sérico total en suero	Desciende

⁴³ De Sands JK : En Swearingen PL y Keen JH of critical care: applying nursing diagnoses to adult critical illness 2° ed., ST. Lovis 1991. Mosby- Year Book

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gasometría Arterial:

PH	< 7.35
HCO ₃	< 22 mEq/l
Sodio en orina	< 10 – 20 mEq/l

POSIBLES ALTERACIONES HIDROELECTROLITICAS Y DE ÁCIDO-BASE. ⁴⁴

1. **Hipovolemia** la depleción del volumen Líquido extra celular (LEC), debido a la diuresis osmótica inducida por la hiperglucemia, la depleción grave del volumen de LEC puede provocar un shock hipovolémico.

Valoración: signos y síntomas; vértigo, debilidad, fatiga, síncope, anorexia, náuseas, vómito, sed, confusión, oliguria, estreñimiento.

A la exploración física; hay descenso de la TA sobre todo en decúbito (hipotensión ortostática), aumento de la frecuencia cardíaca, escasa turgencia de la piel, lengua seca y saburral, ojos hundidos, venas del cuello aplanadas, aumento de la temperatura y pérdida rápida de peso.

Determinaciones hemodinámicas, disminución de la PVC, de la presión en la arteria pulmonar, del gasto cardíaco, la presión arterial media y aumento de la resistencia vascular sistémica.

Tratamiento: Restablecimiento del volumen normal de líquidos y correcciones de las alteraciones acidobásicas y electrolíticas acompañantes. El tipo de reposición de líquidos dependerá del que se haya perdido y de la gravedad del déficit de los electrolitos en suero, de la osmolaridad sérica y del estado ácido básico.

⁴⁴ Martín G. Cogan Líquidos y Electrólitos, Fisiología y Fisiopatología. Editorial Manual Moderno 1993
Pp 233 – 258

Garantizar una vía central para valorar la PVC que servirá de guía para el aporte de líquidos. Los líquidos se deben administrar lo bastante rápido y en cantidades suficientes como para mantener una perfusión adecuada de los tejidos sin sobrecarga del sistema cardiovascular.

Colocar sonda vesical permanente para un correcto balance de fluidos. Horarios de FC, PA, PVC, diuresis, glucosuria y cetonuria, temperatura cada 6/12hrs. balance hídrico. La mayoría de los autores recomiendan suero salino al 0.9% hasta que se corrija y conforme la glucemia vaya descendiendo, conviene aportar glucosa para evitar un descenso muy brusco, lo que puede producir edema cerebral.

2. **Hipocalemia** ocasionada por el aumento de las pérdidas urinarias secundaria a la diuresis osmótica como principal catión intracelular y desempeña un papel fundamentalmente en el metabolismo celular.

Cualquier alteración en el nivel plasmático de potasio puede afectar de modo adverso a las funciones neuromuscular y cardíaca. En la acidosis un exceso de iones hidrógeno se desplaza hacia las células para ser taponadas. Con el fin de mantener la neutralidad eléctrica en el interior celular, es preciso que otro ión positivo (potasio) se desplace hacia fuera.

Valoración: signos y síntomas: fatiga debilidad muscular, calambres en las piernas, músculos blandos y flácidos, náuseas, vómitos, parestesias, disminución de la concentración de orina con poliuria.

A la exploración física: disminución de los ruidos intestinales debido a la debilidad de los músculos lisos, pulso débil e irregular, reflejos disminuidos y descenso del tono muscular.

Pruebas diagnósticas: potasio sérico: < 3.5 mEq/l. Gasometría arterial aumento del pH y del HCO_3^- . Electrocardiograma, depresión del segmento ST, onda T aplanada, presencia de onda V, disritmias ventriculares.

Tratamiento: estará encaminado a corregir la deshidratación y la hiperglucemia, normalizar los electrolitos y mantener las constantes hemodinámicas.

Tratamiento de la causa subyacente: reposición del potasio, la dosis habitual es de $40 - 80$ mEq /día, en dosis fraccionada $10 - 20$ mEq/h, deben ser sometidas a monitorización cardíaca continua.

3. **Hipofósfatemia** provocada por el aumento de las pérdidas urinarias secundaria a la diuresis osmótica (fósforo sérico < 2.5 mg /dl) se produce una pérdida significativa de fósforo con la orina por la glucosa. Sin embargo el desarrollo de esta hipofósfatemia queda enmascarada por el desplazamiento del fósforo fuera de las células debido al aumento del catabolismo hístico (destrucción celular)

Valoración: se pueden dividir en agudas; confusión, convulsiones, coma, dolor precordial debido a la mala oxigenación del miocardio, dolor muscular, aumento de la vulnerabilidad frente a las infecciones, adormecimiento y hormigueo de los dedos de las manos y de la región perioral y falta de coordinación.

Crónicas: pérdida de la memoria, letargo, dolor óseo.

A la exploración física: disminución de la fuerza que se pone de manifiesto por dificultad para hablar, debilidad de los músculos respiratorios y debilidad de la presión de las manos. Se pueden producir equimosis y hemorragias debido a una disfunción plaquetaria, también se producen a veces letargo, debilidad, rigidez articular, artralgia, osteomalacia, cianosis y seudofracturas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Determinación hemodinámica, las depleciones graves presentan en ocasiones signos de disminución del gasto cardíaco y de la presión arterial.

Pruebas diagnósticas; fósforo sérico: <2.5 mg / dl (1.7 mEq/l). magnesio en suero, puede estar disminuido por el aumento de la excreción urinaria de magnesio. Fosfatasa alcalina, se eleva al aumentar la actividad osteoblástica.

Tratamiento de apovo; Identificar y eliminar la causa, solo es necesario utilizar fósforo sódico o fósforo potásico IV en los casos graves.

4. **Acidosis Metabólica;** debida a la retención de ácido láctico, secundario a la hipovolemia con hipoxia histica: descenso del bicarbonato sérico a niveles de <22 mEq/l con un pH <7.40 con:

- 1) Aumento en la concentración de iones hidrógeno en forma de ácidos no volátiles.
- 2) Pérdida de álcalis
- 3) Disminución de la excreción de ácidos por los riñones
- 4) Descenso del pH que estimula la respiración con una $PaCO_2$ que puede llegar a ser de hasta 10 – 15 mm Hg.

Valoración; Signos y síntomas, varían en funciones del estado del paciente y la gravedad de la alteración ácido básica, con cambios en el nivel de la conciencia que van desde fatiga y confusión hasta estupor y coma.

A la exploración física; descenso de la presión arterial taquipnea que puede terminar en hiperventilación alveolar, piel fría y sudorosa, presencia de disritmias y shock.

Pruebas diagnósticas; Valores de GA determinar el pH (habitualmente <7.35) y el grado de compensación respiratoria reflejado por la $PaCO_2$, que suele ser <35 mm Hg.

Bicarbonato sérico, determina la presencia de acidosis metabólicas ($HCO_3^- <22$ mEq/ml)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Electrolitos séricos. determinación de los aniones presentes en el plasma que no se pueden medir y se calculan resultando de la suma de cloruro y bicarbonato sódico de la cantidad de sodio en plasma.

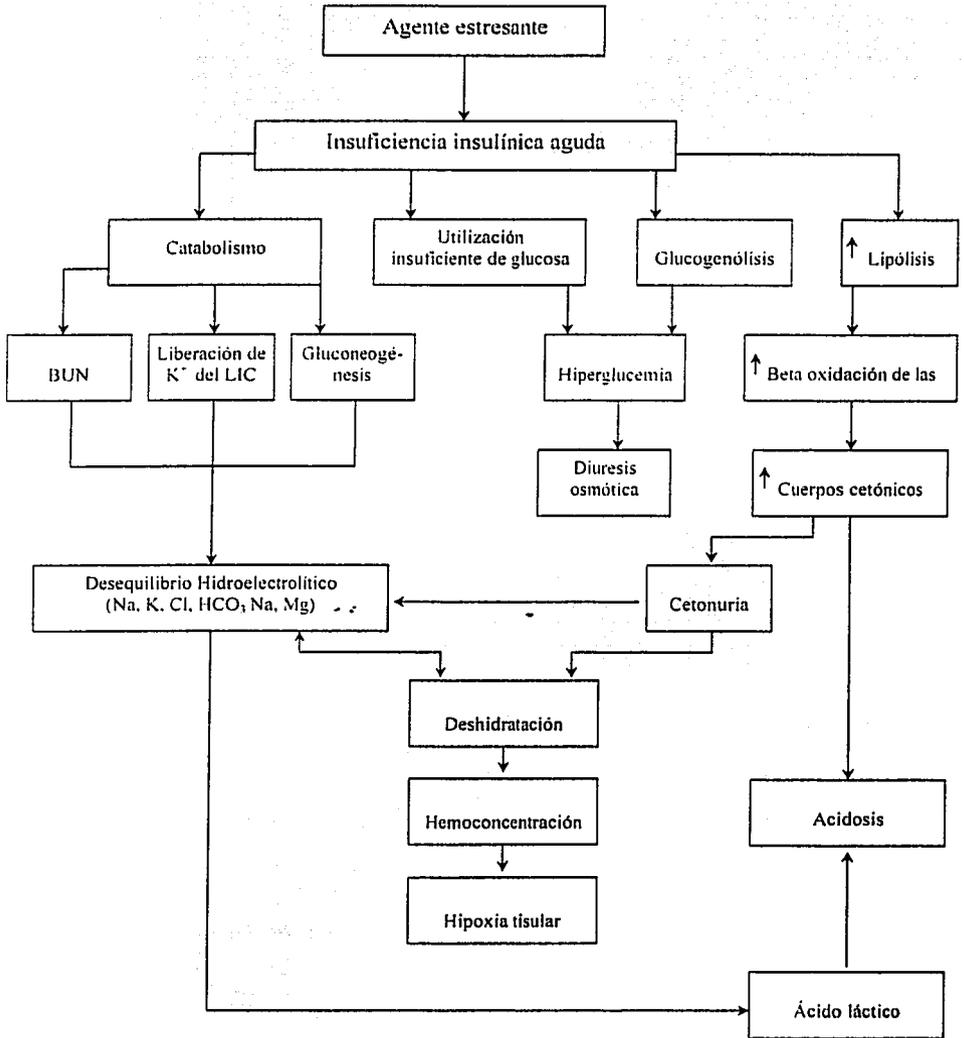
ECG: detecta las disritmias.

Tratamiento de apovo:

- 1) Bicarbonato sódico. la concentración dependerá de la gravedad de la acidosis y de la presencia de alguna alteración de sodio en suero. Debe administrarse con precaución para evitar la alcalosis metabólica y el edema pulmonar secundario a la sobrecarga de sodio.
- 2) Reposición de sodio si se acompaña de déficit de potasio ($K < 3.5$) es preciso corregirlo antes de administrar el $\text{HCO}_3 \text{Na}$, porque al corregir la acidosis el potasio vuelve de nuevo a los espacios intracelulares.
- 3) Ventilación mecánica si fuera necesario, sin embargo, es importante permitir que el paciente continúe con la hiperventilación compensadora, para evitar el agravamiento de la acidosis.
- 4) Heparinización profiláctica: es una terapéutica controvertida y aun no hay un acuerdo. Se ha recomendado en virtud de la gran mortalidad por enfermedad tromboembólica pero en contra de esta realidad se puede argumentar las características propias de estos enfermos; avanzada edad, coexistencia de valvulopatías, nefropatías.
- 5) Antibioterapia: siempre que con fiebre o sin ella se sospeche de focos infecciosos desencadenantes y se preferiría de amplio espectro; acompañado esto de urocultivo y hemocultivos seriados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ALTERACIONES METABÓLICAS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2



3. HALLAZGOS DEL ESTUDIO DE CASO

3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

PRESENTACIÓN DEL CASO:

La Sra. E. M. viuda de 76 años, ingresa a urgencias el día 28 de diciembre del 2001 procedente del INER donde se le encontró glucosa de 505, Na de 165, K de 4.26 y una osmolaridad de 330; administrándole 1.000 ml de solución salina y 50 U de Insulina rápida, refiriéndose al INCMNSS.

Signos vitales: afebril, T.A. 148/ 80, F. C. 120, FR 30.

Refiere su hija haber iniciado el padecimiento actual hace 3 días con cuadro gripal, fiebre, disnea, expectoraciones, desde hace 8 días suspendió el TX con hipoglucemiantes. Llegando a presentar poliuria, polidipsia, evacuaciones diarreicas sin moco o sangre y debilidad generalizada, encontrándose somnolienta, mal hidratada, faringe con secreciones verdosas espesas, campos pulmonar con estertores, bronquio- alveolares disminuidos e hipoventilación difusa, dificultad respiratoria franca a tal grado que requirió intubación orotraqueal.

La información general:

Fue obtenida indirectamente por la hija la cual señala desconocer las causas de muerte o enfermedad de abuelos, padre muerto por complicaciones asmáticas, tiene un hermano con DMT2, otro hermano con EPOC, una hermana HTA, 2 hermanos sanos y 3 hijos y 1 hija sanos.

Señala radicar en Querétaro y vivir con uno de sus hijos, no siendo derecho habiente a ningún servicio de salud, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, vive con 5 personas, no convive con animales y niega tabaquismo, etilismo y toxicomanías, es diestra.

Desconoce el grupo sanguíneo, menarca, ritmo, inicio de vida sexual, así como fecha de la

última menstruación y del último papanicolao. Gesta 4 y para 4. Padeció varicela y sarampión en la infancia y niega antecedentes quirúrgicos, transfusionales alérgicos y traumáticos, datos referidos por su hija.

Padecimiento actual:

- DMT2 de 15 años de evolución con hiperglucemia.
- IVU de repetición.

Médico privado prescribe clorpropamida y metformin cada 8 hrs. Con un control deficiente, refiriendo cifras de glucemia superiores a 200mg/dl los últimos meses, aparentemente no presenta complicaciones crónicas.

Motivo del ingreso: refiere que inicia el día 23 de diciembre del 2001 con un cuadro gripal, acudiendo a médico privado quién prescribió sintomáticos y salbutamol inhalado. La paciente dejó de tomar el hipoglucemiente por voluntad propia "ya que no quería interferir con los efectos de los medicamentos para el cuadro gripal", el día 28 de diciembre presenta malestar general, taquicardia, diaforesis fría, debilidad generalizada, agregándose disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea, palpitations asociadas al uso de salbutamol.

Signos vitales: FC: 136. TA 100/70, FR 29 Temp. 35.5°

Somatometría: peso aproximado 55kg, talla aprox. 1.61m, IMC: 22.2.

Inspección general: Femenino en la séptima década de la vida, con edad aparentemente igual a la cronológica pálida, con notable dificultad respiratoria, facies hipocrática, íntegra, bien conformada, postrada, sin movimientos anormales, marcha no valorada.

- ✓ Tórax: normolineo con disminución en los movimientos de amplexión y amplexación, presenta utilización de los músculos accesorios intercostales y estertores crepitantes generalizados con sibilancias espiratorias aisladas.
- ✓ De más S D P

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✓ Extremidades: presenta piel marmórea en las cuatro extremidades, sobre todo en las regiones más distantes.
- ✓ Genitales, tacto rectal y vaginal sin anomalías.
- ✓ Demás S D P

Paciente que durante su estancia en urgencias y terapia intensiva aproximadamente 10 días, es reportada como grave con broncoespasmos, acidosis respiratoria, extrasístoles ventriculares monomórficas aproximadamente 8 por minuto, a nivel metabólico cursa con evacuaciones diarreicas y alimentación enteral por sonda.

Electrolitos con discreta elevación del fósforo y del cloro, glucosa entre 140 y 210 mg /dl.

Para el día 16 del 01 de 2002 la paciente evoluciona hemodinámicamente con glicemia capilar alrededor de 150 / 180, función renal adecuada neurológicamente con Glasgow de 11 y una tercera extubación satisfactoria.

Cuidados de Enfermería específicos manejados durante su estancia en estos servicios:

- ⇒ Ayuno
- ⇒ Posición semifowler
- ⇒ Signos vitales cada hora
- ⇒ Control de líquidos estricto
- ⇒ PVC cada hora.
- ⇒ Drenaje por sonda foley
- ⇒ Diuresis cada hora
- ⇒ Cuantificar evacuaciones
- ⇒ Vendaje MIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ⇒ Vigilar estado de conciencia
- ⇒ Hemocultivo si tiene > 38.3° C
- ⇒ Ventilación mecánica
- ⇒ Catéter de Swan Ganz
- ⇒ Bajo efectos de sedación
- ⇒ Puritan continuo 40%
- ⇒ Cuidados generales de Enfermería

Se retira el 16 de 01 del 2002

Dx clínicos:

- ✓ Neumonía comunitaria
- ✓ Estado hiperosmolar
- ✓ DMT2 descompensada
- ✓ Acidosis respiratoria
- ✓ EPOC

El 19 de Enero pasa al segundo piso de hospitalización cama 213. **Diagnósticos de:**

Neumonía de focos múltiples, sepsis, DMT2 compensada, acidosis metabólica en resolución.

TA - 110 / 70, Fc- 98x', FR - 22, afebril, continua con apoyo ventilatorio. Puritan continuo al 40%. mínimo espasmo bronquial diseminado, cursando con el tercer día que se retiro sedación.

Digestivo con edema de pared, tolerando la nutrición parenteral total y continua con evacuación diarreica; presentando incontinencia fecal.

Requiere de insulina de acción rápida 8U.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Neurológico.- Glasgow potencialmente de 15, obedece órdenes con buena respuesta a estímulos concientes. sin ninguna focalización motora sensorial, somnolienta y ligeramente obnubilada.

Peso aprox. De 46kg. Talla 1.61m. IMC 22.

Urinario, sonda foley que drena orina clara sin alteraciones. retirándose en el transcurso de la mañana, presentando incontinencia urinaria.

Laboratorios: Cl – 102. glucemia capilar 195 mg/ dl, K- 3.58, Na 142, osmolaridad 314. hemoglobina 8.1 / dl. leucocitos de 6 800 y plaquetas de 141mil, gasometría arterial: pH 7.35. PCO 550.6, Pa O₂ – 56. HCO₃ – 27.8. SO₂ 91.3%

El día de hospitalización se realiza valoración general ANEXO 1 encontrándose postrada en cama con palidez generalizada, somnolienta, estuporosa, desorientada en tiempo y espacio. no así en su persona, recibe de buena manera la visita, contesta preguntas sencillas con facilidad, presenta afonía y dolor traqueo-faríngeo por lo que no se realiza valoración mental ya que la paciente no estaba en condiciones físicas y psicológicas adecuadas; Refiere dificultad para respirar y durante la limitada exploración física se observa secreciones crepitantes en ambos pulmones, sequedad de boca e higiene bucal inadecuada.

La marcha no es valorable se aprecian áreas de movimiento limitados, edema de godete tres a cuatro cruces en las cuatro extremidades, abdomen con edema de tejidos blandos.

Se aprecian zonas de presión y úlceras múltiples en diferentes partes del cuerpo y cara cubiertas con parches de Duoderm, pulsos distales presentes y llenando capilar satisfactorio, astenia y adinamia generalizada.

El TINNETI ANEXO 2 no se realiza por las condiciones físicas de la paciente, se inicia el proceso de recuperación con movilización pasiva en cama dirigida a disminuir los puntos de presión e iniciar el fortalecimiento músculo esquelético, programado de corta duración,

progresivos y asistidos por el cuidador primario, así como apoyar y mejorar la movilización, el equilibrio y prepararla para la deambulaci3n lo m1s pronto posible.

El 4 de febrero que es dada de alta, a1n no se mantenía en pie ya mantenía el equilibrio sentada en la silla y se llevaba a la boca los objetos aun con dificultad al realizar medidas higi3nicas y de alimentaci3n (cuchara, vaso, peine, cepillo dental, toalla)

20 / 01 / 02, fecha de valoraci3n del estado mental no se realiz3 completo debido a las condiciones físcas y psicol3gicas de la paciente. Primera parte mini mental de FOLSTEIN ANEXO 3, la puntuaci3n obtenida: 23 puntos, encontr1ndose desubicada en tiempo (fecha y día), espacio (instituci3n y piso), en los objetos aprendidos record3 1, se observa un mínimo d3ficit de orientaci3n en el tiempo y espacio, disminuci3n de la memoria reciente pues aun no ubicaba que había pasado desde diciembre a la fecha y nadie la había orientado sobre lo ocurrido.

Se suspendi3 la valoraci3n mental hasta 3 días despu3s porque la paciente era incapaz de sostener y coordinar los movimientos con el l1piz, al completarla el día 23 de enero a1n se encuentra d3bil y temblorosa escribe la frase incompleta y los rombos si cruzan en el v3rtice no formando un cuadro como lo señaala el instrumento, ya no quiso hacer el reloj. Sem1nticamente de 9; baja para su edad y escolaridad señaalando una carrera comercial t3cnica. Sem1ntica normal de 15 - 19 para su edad y escolaridad, Fonología de 11 dentro de lo normal.

El día 21 de enero se realiza KATZ ANEXO 4, con un total de 7 puntos; al evaluar las actividades de la vida diaria elementales que comprenden, baño vestido, aseo, transferencia, continencia y alimentaci3n, la Sra. E. M. es en est3 momento totalmente dependiente en todas las funciones, cabe mencionar que antes del problema de salud tan severo por el que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ahora atraviesa era totalmente funcional e independiente y con un poco de más tiempo y las medidas terapéuticas adecuadas recuperará totalmente estas funciones.

LAWTON ANEXO 5: escala de actividades instrumentales, con un total de 6 puntos, en su hogar efectúa trabajos ligeros, ayuda en la preparación de alientos, viaja sola, lava su ropa, toma sus medicamentos sin ayuda y maneja su pequeño presupuesto producto de la pensión que recibe.

GDS (Escala de Depresión Geriátrica) ANEXO 6; total 5 puntos, dentro de límites normales, con soporte familiar suficiente y adecuado, ella se encuentra esperanzada en su recuperación, inquieta y angustiada por el evento agudo sufrido, el cual no encuentra toda la explicación, manifiesta gran entusiasmo por la vida, se siente satisfecha, tiene propósitos y profundos deseos de vivir.

Cuestionario para la detección de desnutrición en personas de edad ANEXO 7: Total 4 puntos, observándose un riesgo nutricional moderado, bajo mucho de peso en los últimos tres meses, perdió poco peso el último año, sin causa aparente, su visión no es satisfactoria y refiere información insuficiente sobre el tipo de dieta requerida para su patología.

Riesgo a úlceras por presión ANEXO 8; condición física pobre, condición mental confusa, postrada en cama con soporte músculo esquelético insuficiente, movilidad muy limitada e incontinencia urinaria y fecal, con un total de 8 puntos, presentando múltiples puntos de presión en mejillas, oídos, codos, nudillos de manos, cresta iliaca, omoplatos, rodillas y maléolos inferiores. Úlceras por presión en, mejillas, nariz, codos, cóccix y talones.

La paciente es confiada y recibe de buena manera la intervención, participa activamente en lo que se le realiza, pregunta o indica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuidador primario (hija y hermana de la paciente) se encuentran aprensivas y angustiadas así como muy agotadas física y moralmente, a pesar de esta situación se muestran colaboradoras y con un gran interés por todo lo que se realiza con la paciente, integrándose activamente con nosotros en la atención de su familiar.

El cuidador primario tiene muchas dudas y temores que expresa con facilidad y confianza tanto al lado de su paciente como en forma privada, lo que facilita la intervención del equipo de salud.

Consideraciones Clínicas de Enfermería: Los mecanismos para mantener la homeostasia de los líquidos corporales y electrolitos se encuentran afectados en los ancianos. El viejo puede sucumbir con facilidad cuando presenta un desequilibrio de líquidos y electrolitos al alterar la función de otros sistemas fisiológicos previamente abatidos.

El estado hiperosmolar es la segunda complicación aguda más frecuente de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con una Osmolaridad de 330, que en la paciente produjo un estado de coma. El evento infeccioso precipitante en ella fue una infección pulmonar (Neumonía adquirida en la comunidad)

La mortalidad de esta patología es mucho mayor que la de la cetoacidosis, acercándose al 30% en algunas series, según Pickup el tratamiento debe ser agresivo e inmediato, el pronóstico depende de la respuesta que los pacientes tienen en los primeros días, la paciente ha evolucionando rápidamente hacia la mejoría, se considera en el Proceso de Atención de Enfermería un plan de alta que apoye a la paciente y al familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO A LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La definición de intervenciones mediante el proceso atiende al criterio y condiciones hechas en el apartado 2.2 respecto al modelo de Henderson, por lo tanto se incluye solamente el diagnóstico, los problemas y objetivos como los tres pilares en la definición de las intervenciones. Es muy importante aclarar que se ha usado el término evolución clínica en sustitución de la evaluación de las intervenciones que plantean las Teoristas como última etapa del proceso. Una ventaja de incluir el término evolución es que explicita el estado real del paciente y en sí mismo lo concluyente respecto al comportamiento de las variables de salud – enfermedad valoradas.

Las necesidades están jerarquizadas como se hizo referencia en el apartado 2.2 respecto a la dificultad de separarlas en la práctica, para oxigenación, nutrición y eliminación, se ha creado el concepto de “MANTENIMIENTO DEL MEDIO INTERNO”⁴⁵ Como una categoría incluyente de las tres, y de otros elementos que no se contemplan en éste caso, y que permite describir (valorar), explicar y predecir (diagnosticar) con suficiencia la situación clínica de la paciente valorada.

El Mantenimiento del medio interno será esencialmente referido a todos los órganos y tejidos de la economía que llevan a cabo funciones que ayudan a mantener estas condiciones constantes. Cerca del sesenta por ciento del cuerpo del adulto normal es agua, esta se distribuye de un modo relativamente constante entre los tres compartimientos

⁴⁵ Martín G. Cogan, Líquidos y Electrolitos, Fisiología y Fisiopatología Op. Cit. 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

líquidos del cuerpo dentro de las células, en los espacios intersticiales y en los vasos sanguíneos.

El volumen de agua corporal es regulado con precisión considerable, fundamentalmente por mecanismos que igualan la salida de agua con su entrada. En esencia, el líquido extracelular funciona como un solvente que facilita las funciones químicas intracelulares necesarias para mantener la vida, con la doble función de proporcionar el medio relativamente constante necesario para las células y transportar sustancias dentro y fuera de éstas, así como sustancias nutritivas, oxígeno y sus desechos.

Los líquidos extracelulares e intracelulares constituyen normalmente el **medio interno del cuerpo**.

El líquido extracelular contiene grandes cantidades de sodio, cloro y bicarbonato, elementos nutritivos para las células como oxígeno, glucosa, ácidos grasos y aminoácidos, también contienen dióxido de carbono que se transporta desde las células hasta los pulmones y otros productos de excreción celular que son transportados hacia los riñones.

El líquido intracelular contiene grandes cantidades de iones de potasio, magnesio y fosfato, mecanismos especiales para transportar iones a través de la membrana celular conservando estas diferencias. Esencialmente todos los organismos y tejidos de la economía llevan a cabo funciones que ayudan a mantener estas condiciones constantes en armonía.

El término homeostasis lo emplean los fisiólogos para asegurar persistencia de condiciones estáticas o constantes en el **medio interno**.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE INTERVENCIONES

"DESEQUILIBRIO DEL MEDIO INTERNO"

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Acidosis respiratoria y dificultad para el intercambio gaseoso acompañada con broncoespasmos persistentes, limitación para la expectoración, disminución del reflejo tusígeno y ortopnea prolongada.
- Modelo de respiración ineficaz relacionado con una persistente obstrucción del flujo de aire en el árbol bronquial.
- Dificultad para deglutir ocasionada por intubación endotraqueal prolongada manifestando dolor, disfagia, irritabilidad y afonía.

PROBLEMAS

- Tos productiva y antecedentes de infección, neumonía de focos múltiples.
- Broncoespasmos, hiperresonancia y uso de los músculos accesorios acompañados de retracción de los espacios intercostales.
- Afonía y disfagia.
- Disnea y ortopnea de pequeños esfuerzos.
- Ansiedad y angustia.

OBJETIVOS

- Aspiración de secreciones, ambiente húmedo y cambios de posición para favorecer una mejor ventilación.
- Reducir los factores que fatigan a la paciente aumentando su tolerancia a la actividad física e independencia.
- Fomentar actividades de autocuidado en la medida de su tolerancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Preparar las condiciones del hogar, que favorezcan la recuperación y eviten recaídas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- + Toma y registro de signos vitales frecuentemente (2 veces por turno)
- + Vigilar estado de conciencia.
- + Palmopercusión y fisioterapia pulmonar cada 3 horas durante el día.
- + Ejercicios respiratorios y respiraciones profundas (cada 2 horas)
- + Control de líquidos y mejorar el estado de hidratación de la paciente.
- + Administración de O₂ húmedo (micronebulizadores) continuo.
- + Cambios posturales cada 2 horas, que favorezcan el drenaje postural.
- + Aspiración de secreciones PRN.
- + Enseñar a la paciente ejercicios para toser y hacer respiraciones profundas.
- + Posición de fowler y semifowler, para favorecer el descanso.
- + Mantener una adecuada ingesta de líquidos (2 litros en 24 horas como mínimo)
- + Administrar adecuadamente aerosoles y broncodilatadores según corresponda (personal de enfermería, personal de inhaloterapia)
- + Sentar a la paciente fuera de la cama el mayor tiempo posible (reposit)
- + Sentarla fuera de la cama en una silla con respaldo e inclinarla hacia adelante
- + Administración de antibióticos según corresponda (personal de enfermería)
- + Valorar la tolerancia al ejercicio observando las actividades a tolerancia y aumentar estas progresivamente.
- + Valorar las habilidades pasadas y presentes de la paciente para afrontar la situación.
- + Planificar un programa individual de ejercicios respiratorios y aeróbicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- + Enseñar a la paciente técnicas de relajación.
- + Fomentar actividades de autocuidado en la medida de las posibilidades.
- + Fortalecer y estimular el desarrollo de actividades de la vida diaria (peinarse, lavarse los dientes, comer, vestirse, asearse)
- + Enseñar a la paciente y al cuidador primario como usar cuidar y limpiar el equipo respiratorio (Puritan y micronebulizador)
- + Enseñanza a la paciente y al cuidador primario las precauciones, principios y uso del oxígeno.
- + Recomendar la aplicación cada año de las vacunas de la gripe y neumonía (referir a medicina preventiva para su programación y darle su cartilla de vacunación del adulto mayor)

EVOLUCIÓN CÍNICA

- ❖ Disminuir el estrés a través de la motivación e información tanto a la paciente como al cuidador primario fue fundamental en el manejo de la terapéutica.
- ❖ La función respiratoria a través de la limpieza de las vías aéreas y la disminución de la disnea mejora lentamente.
- ❖ Aumento de la expectoración y mejor eliminación.
- ❖ Disminución progresiva de la disnea y aumento a la tolerancia al ejercicio.
- ❖ Menor esfuerzo ante algunas pequeñas actividades.
- ❖ Se aprecia lenta pero progresivamente el aumento de las actividades y la motivación con el programa de ejercicios.
- ❖ Se fomenta la responsabilidad de alcanzar objetivos inmediatos y se manifestó en el incremento de la actividad física cada día de su estancia hospitalaria.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Déficit de volumen de líquidos asociada a estatus hiperosmolar no cetósico en evolución.
- Alteración de la nutrición inferior a las necesidades corporales acompañada con pérdida del apetito.

PROBLEMAS

- Hiperglucemia leve e irregular.
- Osmolaridad sérica e 350 mOsm/kg
- Disminución de la TA
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Hiponatremia.
- Deshidratación aguda.
- Confusión, delirio, estupor y como prolongado.
- Elevación del nivel de creatinina sérica.
- Cuadros nocturnos de hipoglucemia.
- Edema de godet de 3 a 4 cruces
- Anorexia y nauseas.
- Pérdida de peso corporal los últimos 2 meses.

OBJETIVOS

- Restaurar el volumen plasmático normal, reducir el nivel de glucemia y mantener el equilibrio hidroeléctrico a través del trabajo multi e interdisciplinario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Sensibilizar a la paciente y familiar para un buen manejo terapéutico y nutricional en el hogar al ser dada de alta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ✦ Valorar a la paciente en busca de signos y síntomas de deshidratación e hiper o hipoglucemia incluyendo cefalea, somnolencia, dolor de estomago, taquipnea, náusea y vómito.
- ✦ Apoyo control y vigilancia de la reposición de líquidos por vía intravenosa, según prescripción médica.
- ✦ Monitoreo cardiaco: ortopnea, disnea, ansiedad, distensión de las venas del cuello, hipopotasémia como irregularidades cardiaca, taqui o bradicardia, hiper o hipotensión, alteraciones de conciencia que sugieran un evento tromboembólico o cardíaco.
- ✦ Ministran esquema de Insulina según glucemia y prescripción. (personal de enfermería)
- ✦ Participar en la toma y recolección de muestras de laboratorio (QS, nitrógeno ureico en sangre, gasometría) según prescripción médica.
- ✦ Control de líquidos manteniendo un balance moderadamente negativo.
- ✦ Control de glucemia sanguínea preprandial (personal de enfermería de los diferentes turnos)
- ✦ Asistir y apoyar la ingesta de la dieta.
- ✦ Mantener un registro de líquidos y alimentos ingeridos (bitácora de autocuidado manejada por el cuidador primario) y el personal de enfermería.
- ✦ Animar a la paciente a que tome líquidos suficientes en sorbos pequeños y fríos.
- ✦ Ofrecer a la paciente pequeñas comidas frecuentes y a tolerancia líquidos y

papillas (Servicio de nutrición)

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ❖ Mejoró la tolerancia a los líquidos disminuyendo las náuseas.
- ❖ Evolución del edema satisfactoriamente.
- ❖ Episodios de hipoglucemia nocturnos a controlar.
- ❖ La paciente se encuentra más alerta y consiente de su situación.
- ❖ La paciente y el cuidador primario participaron con el equipo de salud en el control estricto de líquidos y electrolitos lo que mejoró el estado general programando su alta rápidamente.
- ❖ El ajuste e inicio del hipoglucemiente oral combinado con insulina simple, completará en el hogar su esquema de tratamiento antidiabético.

INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Incontinencia urinaria y fecal funcional ocasionada por la alteración hística ocasionando disminución temporal del tono muscular perineal y perirectal.

PROBLEMAS

- Falta de percepción del estímulo para la defecación.
- Incapacidad para controlar las evacuaciones y micción.
- Disminución de la capacidad funcional.
- Situación vital estresante.
- Dilatación uretral prolongada, acompañada de deshidratación y deterioro en la movilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

- Ayudar a la paciente a recuperar el control de la micción y evacuación fortaleciendo el tono perineal y perirectal.
- Participar en el control de la patología subyacente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ✦ Explicar y orientar a la paciente de la temporalidad de la incontinencia.
- ✦ Establecer una pauta de eliminación intestinal y vesical repasando todas las recomendaciones y actividades con la paciente y los cuidados.
- ✦ Valorar el área periné al en busca de signos de erupción, edema, heridas o infecciones cutáneas.
- ✦ Enseñar a la paciente a realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica (ejercicios de KEGEL)
- ✦ Evitar el uso de pañal que ayuden a reforzar la continencia.
- ✦ Colocar el cómodo a intervalos fijos, cada tres horas durante el día, para estimular la sensación de micción y/o de evacuación.
- ✦ Valoración de signos y síntomas de deshidratación, incluyendo mala turgencia cutánea y sequedad de mucosas.
- ✦ Animar a la paciente a que tome líquidos suficientes.
- ✦ Valorar la medicación que utiliza la paciente que puede producir incontinencia (diuréticos, antihipertensivos, sedantes)
- ✦ Lavar el área perineal con jabón suave y agua tibia siempre que se moje la paciente.
- ✦ Utilizar crema protectora contra la humedad.
- ✦ Observar la orina en busca de infección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✦ Por la noche usar aditamentos (pañal), para favorecer el descanso.
- ✦ Apoyo psicológico a la paciente que mejore su estado de animo ante la incontinencia: (imagine que quiere contraer los músculos perinales y tratar conscientemente de hacerlo varias veces al día)
- ✦ Iniciada la dieta blanda, fomentar una ingesta adecuada de fibra para añadir volumen y lograr unas heces blandas y formadas.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ❖ La paciente inicia sensación para la evacuación, aún difícil para la continencia, lográndola en ocasiones.
- ❖ Apoyo con estimuladores físicos (agua tibia en región pélvica y beber pequeños sorbos de agua) motivación psicológica que la paciente y su cuidador realizan durante el día.
- ❖ La paciente se sensibiliza positivamente iniciando inmediatamente las recomendaciones sugeridas.
- ❖ Pendiente aun el control de la micción aunque ha empezado a tener sensibilidad.
- ❖ Al tercer día de hospitalización la paciente redujo el número de episodios de incontinencia fecal a partir de las medidas sugeridas.
- ❖ La paciente percibe la micción aunque al ser dada de alta aun no logra controlarla totalmente.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Deterioro de la integridad hística ocasionada por las alteraciones metabólicas y endócrinas cursando con piel brillante, aumento de volumen de los tejidos blandos,

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

disminución de los arcos de movimiento, zonas de presión múltiples y úlceras por presión.

PROBLEMAS

- Astenia, adinamia y debilidad extrema con alteración de los arcos de movimiento, hipotonía muscular y temblor.
- Reposo prolongado en cama provocando un estado de desacondicionamiento físico y debilidad generalizada.

OBJETIVOS

- ▢ Minimizar el riesgo a caídas e iniciar la rehabilitación temprana fortaleciendo las potencialidades del paciente.
- ▢ Rehabilitación y fortalecimiento del sistema músculo esquelético afectado e implicado en la estabilidad, movimiento, postura y la marcha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ✚ Crear un ambiente de confianza y seguridad en la paciente y el cuidador primario.
- ✚ Medir el impacto en las actividades de la vida diaria a través de las escalas de valoración funcional e identificar el grado de dependencia (dependencia total, dolor al movimiento, e incapacidad para moverse voluntariamente)
- ✚ Ejercicios de movilización pasiva y activa en cama, giros de manos, muñecas, piernas y pies.
- ✚ Masajes en sentido ascendente de extremidades y tronco.
- ✚ Vendaje y elevación de MIS.
- ✚ Evitar ajustar la ropa de cama.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✦ Elaborar con la paciente y el cuidador un esquema de ejercicios diarios e incrementarlos a tolerancia, evitando, disnea, angustia y dolor.
- ✦ Uso de reposapiés para mejorar el pie equino.
- ✦ Escuchar a la paciente para que aflore sus sentimientos y solventar dudas y temores.
- ✦ Estimular verbalmente la importancia del masaje y ejercicios para que la paciente y cuidador participen comprometidamente.
- ✦ Realizar ejercicios de coordinación y equilibrio. practicas para sentarse con almohadas fuera de la cama (reposit) manteniendo una correcta postura incrementando el tiempo que permanece fuera de la cama.
- ✦ Practicas para ponerse de pie en espacios cortos.
- ✦ Practicar y fomentar una postura adecuada acostada y sentada a tolerancia.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ❖ La paciente disminuye el nivel de angustia y aprensión en torno a la astenia y adinamia, participando activamente en su recuperación.
- ❖ El cuidador primario se incorpora en el cuidado de la paciente.
- ❖ En poco tiempo la paciente tolera diferentes posiciones fuera de la cama, con diferente tiempo de permanencia (silla, reposit)

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Deterioro de la integridad cutánea, áreas enrojecidas e hiperémicas, tejido de granulación (epitelización) y tejido necrótico en diferentes partes del cuerpo.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PROBLEMAS

- Zonas de presión múltiple (oidos, mejillas, codos, nudillos de las manos, cresta iliaca, omoplatos, rodillas, maleólos inferiores)
- Úlceras por presión en mejillas nariz, codos, cóccix, talones.
- Condición mental confusa.
- Soporte musculoesqueletico deteriorado.
- Movilidad muy limitada.
- Incontinencia urinaria y fecal.

OBJETIVOS

- Restaurar la integridad cutánea de la paciente sin complicaciones a través del manejo especializado y multidisciplinario.
- Favorecer la cicatrización a través de una ingesta adecuada de nutrientes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ÷ Medir el impacto en la piel a través de la escala de valoración.
- ÷ Aliviar o reducir los factores que contribuyen a la formación o agravamiento de las úlceras por presión.
- ÷ Disminuir la estancia en cama prolongada.
- ÷ Esquema de cambios postulares.
- ÷ Utilización de dispositivos para la reducción de la presión.
- ÷ Limpieza de la piel después de cada episodio de incontinencia urinaria y fecal.
- ÷ Proteger las heridas de heces, orina y drenaje de las heridas a través del desbridamiento, curación y apósitos oclusivos utilizando técnica estéril (servicio de úlceras y estomas)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✦ Iniciar el desbridamiento de todo tejido necrótico.
- ✦ Valorar los déficit nutricionales del paciente, servicio de nutrición y dietoterapia: **Valoración del riesgo nutricional a través de escala.**
- ✦ Enseñar a la paciente y al cuidador la ingesta adecuada de alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono bajo una dieta equilibrada, balanceada suficiente y adecuada.
- ✦ Vigilar la aparición de infecciones, externas y/o sistémicas.
- ✦ Curva térmica por turno.
- ✦ Incorporación del cuidador a la atención de la paciente en torno a la movilización, higiene, alimentación e hidratación.

EVOLUCIÓN CLINICA

- ❖ La paciente presenta disminución en la coloración de los puntos de presión, no hay infecciones aparentes en las úlceras ya presentes.
- ❖ Granulación en la mayoría de las úlceras ya existentes.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- Conocimiento inadecuado e insuficiente de la paciente y el cuidador en torno a la DMT2, tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como el manejo y control nutricional.

PROBLEMAS

- Programación de Alta de la paciente para manejo y recuperación en el hogar.
- Angustia e inseguridad de la paciente ante el manejo en el hogar.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Angustia e inseguridad del cuidador primario ante el manejo del paciente en el hogar.

OBJETIVOS

- Proporcionar a la paciente y cuidador la información necesaria para el autocontrol y autocuidado según sus potencialidades.
- Incorporar a la paciente lo más pronto posible al grupo de autoayuda institucional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- + Fomentar una actitud positiva y la participación activa del paciente y su familia.
- + Enseñar a la paciente y cuidador las ventajas y los pasos para el autocontrol de la glucemia.
- + Proporcionar panfletería alusiva al tema, folletos de la clínica de Diabetes del INCMNZZS.
- + Incorporará a la paciente a la planeación de los grupos de auto ayuda de la institución lo más cercano posible.
- + Enseñar al cuidador las precauciones manejo y aplicaciones de la insulina en el hogar.
- + Enseñar al paciente y cuidador las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la hipoglucemia y la hiperglucemia.
- + Resaltar y sensibilizar al paciente y al cuidador la selección y preparación de las comidas.
- + Programación de las evaluaciones preventivas oculares.
- + Enseñar a la paciente y cuidador las técnicas necesarias para realizar el control de los niveles de glucemia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✦ Enseñar a la paciente y su cuidador como planear un día de actividades durante una etapa de enfermedad aguda, como el control más frecuente de los niveles de glucemia y contactar con el médico para adecuar las necesidades de insulina.
- ✦ Proteger la piel, pies y piernas del paciente de lesiones e infecciones.
- ✦ Animar a la paciente a ser lo más independiente posible en las tareas relacionadas con la diabetes, como el control de la glucemia, preparación de la comida, medicación, inspección de los pies y cuidados de la piel.
- ✦ Resaltar la importancia que tiene el uso de una identificación personal.
- ✦ Planificar el control médico regular y establecer un modo de acceso a los servicios de urgencia.
- ✦ Fomentar la rápida detección y tratamiento de las complicaciones de la diabetes animando al paciente a que visite al oftalmólogo y someterse a regulares exámenes dentales y podológicos.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ❖ Reducir la angustia y ansiedad del cuidador y paciente antes del alta institucional.
- ❖ Referirla a la clínica de diabetes de la institución.
- ❖ Programar su incorporación al grupo de autoayuda institucional
- ❖ La paciente y el cuidador adquieren mayor información y confianza en el manejo físico y psicológico requerido para el cuidado en el hogar.
- ❖ La paciente al ser dada de alta se compromete a seguir las recomendaciones para la eliminación y junto con el tratamiento agresivo de la patología de base recobrará el control de esfínteres total.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

3.4 COMENTARIOS:

Una vez en hospitalización la paciente logró relativamente rápido la normalización de los signos vitales, vías aéreas permeables y mejoró en la oxigenación celular y tisular, la motivación e información oportuna y suficiente a la paciente y al cuidador primario disminuyó el estrés y angustia, fomentándose la responsabilidad compartida de objetivos terapéuticos inmediatos, manifestándose en el incremento de actividades de la vida diaria y físicas. Adquirieron mayor información y confianza en el manejo físico y psicológico, tanto el cuidador como la paciente, programándose el alta rápidamente, más rápido de lo que yo esperaba.

La paciente y su cuidador primario al ser dada de alta, se comprometen a seguir las recomendaciones para la eliminación urinaria y fecal parcialmente recuperada y junto con el tratamiento farmacológico completaran en el hogar su recuperación total, incorporándose en el plazo más corto al grupo de autoayuda de Diabetes de la Institución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Albarrán A. Jara Endocrinología Edit. Médica Panamericana 2001 Madrid España.
2. Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica 2ª edic Doyma. 1995 Barcelona España.
3. Brocklehurst. J.C. Tratado de Clínica Geriátrica v Gerontología Edit. Panamericana 1975 Argentina.
4. Campbell Claire Tratado de Enfermería Doyma 1990 Barcelona
5. Capra. Fritjob La Trama de la Vida Edit Anagrama. 1998 Barcelona.
6. Carlson, J. H Craft. C. A. Diagnósticos de Enfermería Edit Pirámide 1982
7. Cecil Wyngaarden y Smith Tratado de Medicina Interna 18ª Edición Vol.2 McGraw-Hill Interamericana 1991 México. D. F.
8. Cogan Martín G. Líquidos y Electrolitos Fisiología y Fisiopatología Edit. Manual Moderno 1993. México, D. F.
9. Christensen JP, Griffith WJ. Proceso de Atención de Enfermería El Manual Moderno. 1993 México. D. F.
10. Durán Gonzáles Lilia Irene, Bravo Fuente Patricia y Otros El Diabético Optimista, Manual para Diabéticos, Familiares y Profesionales de la Salud Edit Trillas 1997, México, D. F.
11. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional Autónoma de Colombia Comité Editorial 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. Fajass SS Clasificación and Diagnosis of Diabetes En Ellenberg and Rifkin's. Diabetes Mellitus. Rifkin h. Porter Jr. (Eds) 4th ed. 1990 New York. Elsevier
13. Fernández Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Caso Edit. Masson, reimposición 1999 Barcelona España.
14. Greenspan Francis S., Gordon J. Strewler Endocrinología Básica y Clínica 4ª Edición de la 5ª edición en Ingles Manual Moderno 1998, México D. F.
15. Ham Richard y Sloane Philip D. Atención Primaria en Geriatría. Casos Clínicos 2ª Edición Edit Mosby Doyma 1995. España.
16. Iyer Patricia W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería 2ª edición Interamericana. McGraw – Hill, Madrid España 1993
17. Kaschal Diane y Jakovac Diane Planes de Cuidados en Geriatría Edit Mosby Doyma 1994. España.
18. Kozier, Erb y Olivieri Enfermería Fundamental Tomo I 4ª edic. Interamericana, 1993 Barcelona España
19. Krause L. Kathleen Mahan y Sylvia Escott-Steemp Nutrición y Dietoterapia 10ª Edición Edit. McGraw Hill 2001. España.
20. Ley General de Salud 16a edición editorial Porrúa México. D. F. 2000
21. Manual Merck de Geriatría, Edit. Harcourt 2ª Edición 2001 Madrid España.
22. Marriner Tomey Ann. Raile Allgood Modelos y Teorías de Enfermería Edit. Harcourt 1999 Madrid España.
23. Maslow Abraham H. Motivación y Personalidad. Editorial Díaz de Santos 1991. Madrid. España
24. Maslow Abraham H. El Hombre Autorrealizado. Hacia una psicología del ser editorial Cairos 1988 México. D. F.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

12. Fajass SS Clasificación and Diagnosis of Diabetes En Ellenberg and Rifkin's. Diabetes Mellitus. Fikkin h. Porter Jr. (Eds) 4th ed. 1990 New York. Elsevier
13. Fernández Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Caso Edit. Masson, reimpresión 1999 Barcelona España.
14. Greenspan Francis S., Gordon J. Strewler Endocrinología Básica v Clínica 4^a Edición de la 5ª edición en Ingles Manual Moderno 1998. México D. F.
15. Ham Richard y Sloane Philip D. Atención Primaria en Geriatria. Casos Clínicos 2ª Edición Edit Mosby Doyma 1995, España.
16. Iyer Patricia W. Proceso de Enfermería v Diagnóstico de Enfermería 2ª edición Interamericana. McGraw – Hill, Madrid España 1993
17. Kaschal Diane y Jakovac Diane Planes de Cuidados en Geriatria Edit Mosby Doyma 1994, España.
18. Kozier, Erb y Olivieri Enfermería Fundamental Tomo I 4ª edic. Interamericana, 1993 Barcelona España
19. Krause L. Kathleen Mahan y Sylvia Escott-Steemp Nutrición v Dietoterapia 10ª Edición Edit. McGraw Hill 2001. España.
20. Ley General de Salud 16a edición editorial Porrúa México, D. F. 2000
21. Manual Merck de Geriatria, Edit. Harcourt 2ª Edición 2001 Madrid España.
22. Marriner Tomey Ann. Raile Allgood Modelos v Teorías de Enfermería Edit. Harcourt 1999 Madrid España.
23. Maslow Abraham H. Motivación y Personalidad. Editorial Díaz de Santos 1991. Madrid. España

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.

1. Rodríguez Saldaña J., Morley J. E. Reinoso, Mt. "Diabetes Mellitus in subgroups of older Mexicans: prevalence, association with cardiovascular risk factors, functional and cognitive impairment and mortality", J. of the Am. Geriatrics Soc. 50 (1): 111-6. 2002.I. N. Nutrición.
2. Brown Sharon A. García A.A., Kouzekanani K., Hanis C. L. Craig Et al , PHD."Culturally Competent Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans" Diabetes Care, Volume 25, Numer 2. February 2002.Pp 259-268.
3. Shin J, Hsiao Pi-Jung, , Tsai Juei-Hsiung, "Increased Urinary Atrial Natriuretic Peptide-Like Immunoreactivity Excretion But Decreased Plasma Atrial Natriuretic Peptide Concentration in Patients With Hyperosmolar-Hyperglycemic Nonketotic Syndrome" Diabetes Care, Volume 22, Number 7 July 1999, Pp. 1181-1185.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO
 HOJA DE SÍNTESIS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA HOSPITALARIA.

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
 REGISTRO _____ CAMA _____
 INGRESO _____ EGRESO _____ SECTOR _____ MEDICO RESPONSABLE _____ ENFERMERA RESPONSABLE _____

DIAGNOSTICOS MEDICOS	FÁRMACOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.				
VISITA MEDICA				

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

107

ESCALAS DE VALORACIÓN: *Anotar fecha y escala numérica obtenidas*

MMNI-MENTAL: TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

KATZ: TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

LAWTON: TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

TINNETTI Balance TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

Marcha TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

G. D.S. TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

NUTRICIONAL TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

ULCERAS POR PRESIÓN TOTAL 1 () 2 () 3 () OBSERVACIONES: _____

SÍNDROMES GERIÁTRICOS ENCONTRADOS:

PRESENTE CON FALLA DE ORIGEN

108

EVALUACIÓN 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 evaluarán:

BALANCE

1° 2° 3°

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 más de un intento = 1	_____	_____	_____
4. Balance inmediato total al levantarse (5 seg.)	Estable pero cr/ apoyo físico = 1	Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable sin ningún apoyo = 2	_____	_____	_____
5. Balance de pie	Inestable = 0 Estable pero con amplia base de sustentación (>10 cm) o apoyo físico = 1 Estable con base normal de sustentación = 2		_____	_____	_____
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma de la mano sobre el estómigo 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 (juza mal la distancia, se deja caer) = 0 usa los brazos o está inseguro = 1	Seguro, baja con suavidad = 2	_____	_____	_____
SUBTOTAL BALANCE / 16			_____	_____	_____

MARCHA

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)

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.			_____	_____	_____
a. Balance de pie derecho	No rebasa al pie izquierdo = 0 El pie der. No deja el piso = 0	Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie derecho deja el piso = 1	_____	_____	_____
b. Balance del pie izquierdo	No rebasa al pie derecho = 0 El pie izq. 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 físico = 0 No balanceo, no flexión = 2	No hay balance pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos = 1	_____	_____	_____
16. Base de sustentación:	Talones separados = 1	Talones se tocan al caminar = 0	_____	_____	_____
SUBTOTAL MARCHA / 12			()	()	()
TOTAL			()	()	()

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

109

SECCIÓN DE APOYO SOCIAL: Ahora, algunas preguntas acerca de su familia y amigos

4. ¿Cuál es su estado civil?
 1. casado 2. separado o divorciado 3. soltero 4. viudo (fecha) _____ ()
5. ¿Quién vive con usted? (MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS)
 1. cónyuge 2. otro familiar o amigo 3. vida comunitaria 4. asilo 5. solo () y () y ()
6. ¿Está usted satisfecho con la frecuencia con que ve a sus familiares, o bien cree usted que los ve muy poco?
 1. satisfecho (PASE A LA 8) 2. insatisfecho (PASE AL INCISO A) ()
- A. Le gustaría participar en alguna actividad social en su parroquia, en su colonia o tal vez en el INSEN?
 1. asiste 2. sí 3. no ()
7. Si usted se encontrase enfermo o invalido, ¿cuenta con alguien que pueda hacerse cargo directamente de su atención? (ESPECIFIQUE POR EJEMPLO: Bañarlo, cambiarlo, alimentarlo, etc.) 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a A) ()
- A. ¿Tiene usted al menos alguien que pueda cuidarlo por poco tiempo? 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a B) ()
- B. ¿Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando? 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a C) ()
- C. ¿A quién podemos llamar en caso de emergencia? (NOMBRE Y TELÉFONO) _____
-

SECCIÓN FINANCIERA: Las siguientes preguntas son acerca de sus gastos y problemas relacionados.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación? ()
3. Mis gastos son tales que no puedo cubrirlos (PASE a A)
2. Me resulta difícil cubrir mis gastos (PASE a A)
1. No tengo problemas financieros.
- A. ¿De qué manera o de quién recibe usted ayuda? _____
9. Semántica (1 minuto) animales del mar, la tierra, domésticos, etc.
10. Fonología (1 minuto) no apellidos, nombres de ciudades, ni similares
11. Pruebas cognitivas: dibuje un reloj marcando todos los números y colocando las manecillas a las 12:45 hrs.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE KATZ. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA		
No recibe asistencia.(puede entrar y salir de 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 más de una parte () () () ()
2.VESTIDO: Que pueda tomar del closet o 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 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 () () () ()
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 sí 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 esfínteres () () () ()	Que tenga accidentes ocasionales () () () ()	Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínter utiliza sonda o incontinente () () () ()
6. ALIMENTACIÓN		
Que se alimente por sí sólo sin asistencia alguna () () () ()	Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. () () () ()	Que reciba asistencia en alimentación ó que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral. () () () ()
CALIFICACIÓN KATZ:	TOTAL	1 () 2 () 3 ()

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

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

*Cuenta en sexo masculino sólo si vive solo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

	1° sí/no	2° sí/no	3° sí/no
1. ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA? *	— —	— —	— —
2. ¿HA ABANDONADO USTED MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?	— —	— —	— —
3. ¿SIENTE USTED QUE SU VIDA ESTA VACIA?	— —	— —	— —
4. ¿SE ABURRE USTED CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
5. ¿TIENE USTED ESPERANZAS EN EL FUTURO? *	— —	— —	— —
6. ¿ESTA USTED MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO PUEDE ALEJAR DE SU MENTE	— —	— —	— —
7. ¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? *	— —	— —	— —
8. ¿TIENE USTED MIEDO DE QUE ALGO LE VAYA A SUCEDER?	— —	— —	— —
9. ¿SE SIENTE USTED CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? *	— —	— —	— —
10. ¿SE SIENTE USTED FRECUENTEMENTE DESAMPARADO?	— —	— —	— —
11. ¿SE SIENTE USTED INTRANQUILO Y NERVIOSO CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
12. ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?	— —	— —	— —
13. ¿SE PREOCUPA USTED FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?	— —	— —	— —
14. ¿CREE USTED QUE TIENE MAS PROBLEMAS CON SU MEMORIA QUE LOS DEMÁS?	— —	— —	— —
15. ¿CREE USTED QUE ES MAS AVILLOSO ESTAR VIVO AHORA? *	— —	— —	— —
16. ¿SE SIENTE USTED DESANIMADO Y TRISTE CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
17. ¿SIENTE USTED QUE NADIE LO APRECIA?	— —	— —	— —
18. ¿SE PREOCUPA USTED MUCHO POR EL PASADO?	— —	— —	— —
19. ¿CREE USTED QUE LA VIDA ES MUY EMOCIONANTE? *	— —	— —	— —
20. ¿LE ES DIFICIL A USTED COMENZAR CON NUEVOS PROYECTOS?	— —	— —	— —
21. ¿SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGIA? *	— —	— —	— —
22. ¿SIENTE USTED QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE?	— —	— —	— —
23. ¿CREE USTED QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJORES CONDICIONES QUE USTED?	— —	— —	— —
24. ¿SE MOLESTA USTED CON FRECUENCIA POR COSAS SIN IMPORTANCIA?	— —	— —	— —
25. ¿TIENE USTED GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
26. ¿TIENE USTED PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE?	— —	— —	— —
27. ¿DISFRUTA USTED AL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS? *	— —	— —	— —
28. ¿PREFIERE USTED EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES?	— —	— —	— —
29. ¿ES FACIL PARA USTED EL TOMAR DECISIONES? *	— —	— —	— —
30. ¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR ANTES? *	— —	— —	— —
TOTAL			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

114

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PERSONAS DE EDAD

Marque la respuesta que corresponda al estado de la persona:

Es muy delgada (o) _____

Si	2
No	0

Ha perdido peso en el curso del último año _____

Si	1
No	0

Sufre de arrastrs con repercusion en su funcionalidad global _____

Si	1
No	0

Incluso con anteojos, su vision es _____

Buena	0
Media	1
Mala	2

Tiene buen apetito _____

Con frecuencia	0
A veces	1
Nunca	2

Ha vivido recientemente algun acontecimiento que le ha afectado profundamente _____
(enfermedad personal, perdida de un familiar)

Si	0
No	1

La persona come habitualmente:

Fruta o jugo de frutas _____

Si	0
No	1

Huevos, queso, mantequilla o aceite vegetal _____

Si	0
No	1

Fortilla, pan o cereal _____

Si	0
No	1

Leche (1 vaso o mas de 1/2 de taza en el cafe) _____

Si	0
No	1

TOTAL

Calificación	Riesgo nutricional	Recomendaciones
0-13	Elevado	Auxilio para la preparacion de las comidas y colaciones y consulta con un profesional de la nutricion. Aplique MNA
3-5	Moderado	Supervision constante de la alimentacion (seguimiento para mirarmarse regularmente, aconsejar y animar) aplique MNA
0-2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparicion de un factor de riesgo (cambio de situacion, baja ponderal)

Fuente: Payette, H et al Prediction of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. Am J Publ Health. 85:65-677-683, 1995

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

RIESGO A ÚLCERAS POR PRESIÓN

Condición Física:	Puntaje	Puntos del paciente
Buena	4	
Regular	3	
Pobre	2	
Muy mala	1	
Condición mental:		
Alerta	4	
Apático	3	
Confuso	2	
Estuporoso	1	
Actividad:		
Ambulatorio	4	
Camina con ayuda	3	
En silla de ruedas	2	
Acostado	1	
Movilidad:		
Completa	4	
Ligera limitación	3	
Muy limitado	2	
Inmóvil	1	
Incontinencia:		
Ninguna	4	
Ocasional	3	
Frecuente	2	
Doble/Feces y Orina	1	

TOTAL: _____

NOTA: Menos de 14 puntos = Riesgo inminente de ulceración.
 Más de 14 puntos = No hay riesgo de ulceración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN