

00903



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

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

**"ESTUDIO DE CASO DE UNA ADULTA MAYOR CON  
PROBLEMAS EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y  
POSTURA Y COMUNICACION"**

**ESTUDIO DE CASO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DEL ANCIANO**

**P R E S E N T A :**

**LIC. ENF. YUMMY ALEJANDRA VARGAS GUTIERREZ**



*Rosa Elia Mendoza Perez*  
ASESORA: LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, D.F.

2004

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## Agradecimientos:

A todas las personas que de alguna manera me ayudaron a culminar esta meta, a la profesora Rosa Elia, por brindarme esta maravillosa oportunidad de ampliar mi visión en el quehacer como enfermera. Especialmente a mi esposo por su apoyo, tolerancia y sobre todo por su amor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Yummy Alejandra

Vargas Gutiérrez

FECHA: 2 Junio 04

FIRMA: [Firma]

## **Dedicatoria:**

A mi familia y amig@s.

Con todo mi amor para mis hij@s y mi esposo.

# ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	8
III. OBJETIVO GENERAL.....	9
IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	10
1 Rasgos generales de San Luis Tlaxialtemalco.....	10
1.1 Características Geodemográficas.....	10
1.2 Servicios públicos.....	10
1.3 Actividades económicas.....	10
1.4 Recursos para la salud.....	11
1.5 Causas de morbimortalidad.....	11
2 Modelo de Virginia Henderson.....	12
2.1 Metaparadigma en enfermería.....	12
2.2 Modelo conceptual.....	12
2.3 Modelo de Virginia Henderson.....	12
2.3.1 Principales conceptos y definiciones.....	13
2.3.2 Necesidades básicas de Virginia Henderson.....	15
2.3.3 Valoración de movimiento y postura.....	19
2.3.4 Valoración de comunicación.....	20
3 Proceso de atención de enfermería.....	24
3.1 Valoración.....	24
3.2 Diagnóstico.....	24
3.3 Planificación.....	25
3.4 Ejecución.....	26
3.5 Evaluación.....	26

4	Valoración en Geriatría.....	27
4.1	Evaluación mental.....	28
4.2	Evaluación de actividades básicas de la vida diaria.....	29
4.3	Evaluación de las actividades instrumentadas.....	29
4.4	Escala de Depresión geriátrica.....	30
4.5	Evaluación de la marcha y el Balance.....	30
5	Artritis reumatoide.....	31
5.1	Definición.....	31
5.2	Etiología y epidemiología.....	31
5.3	Fisiopatología.....	31
5.4	Manifestaciones clínicas.....	31
5.5	Diagnóstico.....	33
5.6	Tratamiento.....	35
5.7	Rehabilitación.....	39
6	Consideraciones Éticas.....	43
6.1	Consentimiento informado.....	44
V.	METODOLOGÍA.....	46
1.	Selección y descripción del caso.....	46
2.	Presentación del caso.....	48
VI.	PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.....	49
1.	Hallazgos obtenidos de la valoración por necesidades.....	49
2.	Nivel de independencia de la anciana por necesidad.....	54
3.	Diagnósticos de enfermería por prioridad.....	55
4.	Plan de atención en enfermería.....	56
5.	Evaluación del caso.....	63

VII. CONCLUSIONES.....	64
------------------------	----

VIII. BLIOGRAFÍA.....	66
-----------------------	----

## ANEXOS

Guía de valoración de enfermería en el anciano.

Escalas de valoración.

- Estado mental.
- Actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades instrumentales.
- Marcha y balance de Tinetti.
- Depresión geriátrica

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso complejo, multidimensional, universal, diferencial e irreversible del efecto del paso del tiempo sobre los seres vivos; se caracteriza por la pérdida de la adaptabilidad del organismo a través del tiempo, debido a que los cambios fisiológicos dificultan el mantenimiento y la recuperación de la homeostasis; aunado a esto los cambios psicológicos y sociales interfieren para que el anciano logre adaptarse a su entorno. Por lo tanto, la complejidad de sus necesidades excede por mucho a la de otros grupos de edad.

En el envejecimiento una de las alteraciones más comunes que se presentan son a nivel musculoesquelético, lo que afecta no solamente a dicho sistema sino también a la nutrición, excreción, circulación, integridad de la piel; teniendo como consecuencia que los ancianos pierdan la confianza en sus propias capacidades.

En la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco a través del tamizaje hecho por pasantes del servicio social y de las visitas domiciliarias que se llevaron a cabo en la zona cerril fueron identificados 163 ancianos, a los que se les aplicó la escala de valoración de marcha y balance. Tomando en cuenta los resultados obtenidos se seleccionó a una paciente, la cual tuvo menor puntuación en dicha escala y tiene como patología base artritis reumatoide; implementando el estudio de caso como método de análisis de la práctica especializada de enfermería del anciano.

El presente trabajo incluye tres etapas definidas: En la primera etapa incluye el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, sus catorce necesidades básicas y las etapas del proceso de atención de enfermería; en la segunda etapa se desarrolla la patología de artritis reumatoide y en la última etapa la implementación del proceso de intervención especializada.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permitió evaluar las intervenciones especializadas de enfermería, teniendo como resultado que la paciente adquiriera destrezas, mejorara habilidades; logrando así cierto grado de independencia.

El satisfacer las necesidades de la población anciana constituye un reto para la profesión de enfermería; para ello se necesita de personal especializado e interesado que identifique la capacidad funcional, física, cognitiva, así como las deficiencias de cada persona, teniendo como objetivo fortalecer el grado de actividad o independencia.

## II. DESCRIPCIÓN DEL CASO

L.G.M. femenino de 66 años, casada, de religión católica, escolaridad primaria incompleta, originaria de México, D.F, actualmente reside en el pueblo de San Luis Tlaxialtemalco desde hace 49años, último empleo comerciante de amaranto.

Padece de Artritis Reumatoide con 13años de evolución, llevando control mensualmente por el Seguro Social. Actualmente padece de resfriados frecuentes, además de paresias y parestesias de miembros superiores e inferiores de predominio diurno disminuyendo durante el día.

Es parcialmente dependiente de las actividades de la vida diaria ocasionada por su patología y por sobreprotección familiar.

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Lograr la integración del conocimiento adquirido con la práctica clínica en una adulta mayor con problemas en la necesidad de movimiento y postura y comunicación, utilizando como guía metodológica el proceso de atención de enfermería y la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de mejorar su grado de independencia.

### **III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **1. RASGOS GENERALES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.**

##### **1.1 Características Geodemográficas.**

La población total es de 8078 habitantes, de los cuales 4034 son hombres y 4044 son mujeres.

Se localiza a 40 km. Del Distrito Federal, limita al norte con Tláhuac, al sur con Milpa Alta, al este con Tulyehualco y al oeste con San Gregorio Atlapulco. Está rodeado por montañas de origen volcánico, una de las más importantes es el cerro Teutli. Cuenta con grandes canales como el Nacional, Ameca y el de Chalco, que actualmente reciben aguas negras de la Ciudad de México, las cuales irrigan a las chinampas, por lo que se considera que la contaminación de las aguas es uno de los problemas más graves de la población.

El clima es templado lluvioso con invierno frío. Las lluvias se presentan, principalmente durante el verano y otoño.

##### **1.2 Servicios públicos.**

Cuenta con alumbrado público, drenaje, pavimentación, servicio de limpieza, principalmente en la zona céntrica, siendo deficiente en las zonas periféricas.

##### **1.3 Actividades económicas.**

Las actividades económicas de la población se encuentran representadas por la floricultura, por lo que las plantas son comercializadas en lugares de venta como: Jamaica, Central de Abastos, Mercados del centro de Xochimilco y en algunos estados de la República.

#### **1.4 Recursos para la salud.**

Cuenta son los siguientes recursos para la atención de la salud : Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, Centro de Salud, Consultorios Privados, e instituciones aledañas a donde el CCOAPS refiere a los usuarios para su atención tales como : Hospital General Milpa Alta, Hospital Materno-Infantil Tláhuac, y Hospital Pediátrico Xochimilco.

#### **1.5 Causas de morbimortalidad.**

##### **Morbilidad:**

- Enfermedades agudas de vías respiratorias superiores.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedades genitourinarias.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades infecto-contagiosas.
- Enfermedades Cerebrovasculares.
- Enfermedades del Sistema Nervioso.
- Enfermedades del Sistema Inmunológico.

##### **Mortalidad:**

- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Diabetes.
- Cirrosis Hepática.
- No específico.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Neumonía.
- Cisticercosis.
- Ancianidad.
- Prematurez.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> ALVAREZ, y cols. Diagnóstico situacional de San Luis Tlaxiátemalco. 2000: 6-11

## **2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

### **2.1 Metaparadigma en enfermería.**

El metaparadigma es el consenso más amplio de una disciplina, proporciona los parámetros generales del campo y da a los científicos una amplia orientación para su trabajo, su función es resumir las misiones intelectuales de una disciplina y establecer una frontera en el objeto de estudio de esa disciplina.

El paradigma debe identificar un dominio que es distinto de otras disciplinas. El fenómeno de interés para la enfermería está representado por cuatro conceptos principales: persona, ambiente, salud y enfermería.

### **2.2 Modelo conceptual.**

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos y proposiciones abstractos y generales que proporciona un marco de referencia o perspectiva de los fenómenos dentro del dominio de indagación de una disciplina particular. La naturaleza global de los conceptos y proposiciones de los modelos conceptuales impide la observación y comprobación empírica directa. Más bien, un modelo conceptual contribuye al desarrollo de teorías enfocándose en ciertas cosas y marcándolas como relevantes. Otras cosas son entonces descartadas debido a su menor importancia. Modelo conceptual es sinónimo de paradigmas o matriz disciplinaria.

### **2.3 Modelo de Virginia Henderson.**

Inicialmente Virginia Henderson no pretendió elaborar una teoría de Enfermería sino una determinación de la función propia de la enfermera, que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

### **2.3.1 Principales conceptos y definiciones.**

#### **➤ ENFERMERÍA**

“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 necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”

#### **➤ SALUD**

Henderson no especifica una definición propia sobre la Salud, pero en su obra equipara la Salud con la independencia.

#### **➤ ENTORNO**

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

#### **➤ PERSONA**

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

#### **➤ NECESIDADES**

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 en forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. 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”.<sup>2</sup>

#### ➤ INDEPENDENCIA

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo.

#### ➤ DEPENDENCIA

Es considerada como una doble vertiente; por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de la necesidad.

Los criterios de dependencia deben considerarse de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales)

#### ➤ CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Las causas de la dificultad son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

- *Falta de fuerza.*

Es interpretado por la fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo 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.

---

<sup>2</sup> MARRINER, Modelos y Teorías en Enfermería, 1999:102

- *Falta de conocimientos.*

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

- *Falta de voluntad.*

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente.<sup>3</sup>

### **2.3.2 Necesidades básicas de Virginia Henderson.**

#### 1. Necesidad de respirar.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.<sup>4</sup>

#### 2. Necesidad de beber y comer.

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> FERNÁNDEZ, Ferrín C. El proceso de atención en enfermería. Ed. Científicas y Técnicas. 2000 : 6-7

<sup>4</sup> RIOPELLE L. F. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. Mc Graw-Hill. 1993: 7

<sup>5</sup> Op.cit. 14

### 3. Necesidad de eliminar.

Eliminar es una necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces; también por la transpiración y la espiración pulmonar.<sup>6</sup>

### 4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlos bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.<sup>7</sup>

### 5. Necesidad de dormir y descansar.

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.<sup>8</sup>

### 6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad del movimiento. En ciertas sociedades el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, una ideología o a un status social.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Op. cit. 19

<sup>7</sup> Op. cit. 23

<sup>8</sup> Op. cit. 29

<sup>9</sup> Op. cit. 32

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1° C y 38° C para mantenerse en buen estado).<sup>10</sup>

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

Estar limpio, aseado y proteger tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.<sup>11</sup>

9. Necesidad de evitar peligros.

Evitar peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.<sup>12</sup>

10. Necesidad de comunicación.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> op. cit. pág. 36

<sup>11</sup> op. cit. pág. 41

<sup>12</sup> op. cit. pág. 44

<sup>13</sup> op. cit. pág. 49

#### 11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.

Actuar según sus creencias y valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal, la justicia y la persecución de una ideología o una filosofía de vida que le convenga o que sea propia de su ambiente y tradiciones.<sup>14</sup>

#### 12. Necesidad de ocuparse para realizarse.

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones puede permitirle llegar a una total plenitud.<sup>15</sup>

#### 13. Necesidad de recrearse.

Recrearse es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.<sup>16</sup>

#### 14. Necesidad de aprender.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> op. cit. pág. 55

<sup>15</sup> op. cit. pág. 59

<sup>16</sup> op. cit. pág. 63

<sup>17</sup> op. cit. pág. 68

### **2.3.3. Valoración de movimiento y postura.**

Factores que influyen en esta necesidad:

- **Biofisiológicos:** Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **Psicológicos:** Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad/ejercicio, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

Observaciones:

- Estado del sistema musculoesquelético (fuerza/ debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).
- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

Interacciones:

- ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas del día cree usted que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? (consecuencias de la hipoactividad o de las malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.)

- ¿Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas....)<sup>18</sup>

#### **2.3.4 .Valoración de comunicación.**

Factores que influyen esta necesidad:

- Biofisiológicos: Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.
- Psicológicos: Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.
- Socioculturales: Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

Observaciones:

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.

---

<sup>18</sup> FERNÁNDEZ, FERRÍN C. El proceso de atención de enfermería estudio de casos. pág. 27

- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación (asertividad, feedback, etc.), barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeos, balbuceos....). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la comunicación verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.).
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad )
- Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad /hostilidad, desplazamiento, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

#### Interacciones:

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás.)
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿Con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ¿Cuánto tiempo pasa solo/a? ¿Por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento? Si en alguna situación no los expresa, ¿Cuándo y por qué?, ¿Cómo se siente?

comportamiento? Si en alguna situación no los expresa, ¿Cuándo y por qué?, ¿Cómo se siente?

- ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos? ¿Por qué?
- ¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico (peso, apariencia), psicológico y social?
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (deprimido, alegre) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?
- ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (reuniones periódicas, celebraciones.)
- ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo lo ven los demás?
- ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar?
- ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación? ¿Por qué?
- ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de usted?
- ¿En qué tipo de vivienda habita? (número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (le hace compañía, le hace sentirse segura/o....)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿Se afecta su necesidad de comunicación? ¿Cómo? (arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad/hiperactividad, problemas de concentración/atención, de expresión, etc.)

- ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿En qué medida le preocupa o le afecta?
- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? En caso negativo, ¿Le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿Cree que la causa es personal o situacional?<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> op. cit. pág. 36

### **3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta a una alteración real o potencial de la salud. Es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.<sup>20</sup>

#### **3.1. Valoración.**

Es la primera etapa del proceso de enfermería, dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial. Esta etapa incluye las siguientes actividades:

- Obtención
- Validación
- Organización de los datos
- Identificación de los modelos<sup>21</sup>

#### **3.2. Diagnóstico.**

Fase en que se analizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que constituirán la base del plan de cuidados.<sup>22</sup>

Conocimiento sobre los problemas del paciente y la determinación de los problemas centrales, lo cual conduce al desarrollo de acciones mitigantes alternativas.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> ALFARO, Rosalinda; Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Doyma. 1988 : 91

<sup>21</sup> Op. cit. 18

<sup>22</sup> Op. cit. 56

<sup>23</sup> MARRINER, El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Harcourt. 1999 : 106

Es el resultado de un juicio clínico realizado por un profesional de enfermería sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los problemas sanitarios reales o potenciales y a los procesos vitales. Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes esenciales: los problemas, la etiología y las características que lo definen, conocidos como formato PES.

P.- Problema de salud o estado de un individuo, familia o comunidad. Se pueden diagnosticar problemas reales o potenciales.

E.- Factores etiológicos o relacionados que contribuyen a la existencia o al mantenimiento de los problemas de salud del paciente.

S.- El componente final de la definición estructural de un diagnóstico de enfermería son las características que lo definen. Esos hallazgos subjetivos y objetivos indican la presencia de un trastorno que corresponde a un diagnóstico de enfermería concreto.<sup>24</sup>

### **3.3. Planificación.**

Es el momento en que se determinará cómo proporcionar los cuidados de enfermería de una forma organizada, individualizada y dirigida a los objetivos a conseguir. Engloba las siguientes tareas:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de los objetivos/resultados esperados del paciente
- Determinación de las actividades/acciones de enfermería
- Anotación del plan de cuidados de enfermería.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> POTTER, Patricia; Gua clínica de Enfermería. Ed. Doyma. 1995 : 5-6

<sup>25</sup> Op. cit. 9

### **3.4. Ejecución.**

Es brindar realmente los cuidados de enfermería. Contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación.

La ejecución ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados.<sup>26</sup>

### **3.5. Evaluación.**

Es la apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. Se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera. Es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad de la atención. Aunque la evaluación esta considerada como la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí, la evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es un ciclo continuo.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> op. cit. pág. 3

<sup>27</sup> op. cit. pág. 4-5

#### **4. VALORACIÓN EN GERIATRÍA.**

La valoración del adulto mayor pone a prueba los conocimientos y habilidades, la capacidad de concentración, tolerancia y paciencia del equipo de salud, debido a la multicausalidad de problemas que se presentan y al creciente número de necesidades insatisfechas. Su objetivo primordial es la identificación precisa de toda la problemática de los ancianos, especialmente de aquellos en situación de alto riesgo, con la finalidad de emprender acciones correctivas dirigidas a la población susceptible, y, por otro lado, dicha evaluación debe permitir el reconocimiento de los factores que predisponen a la enfermedad, la discapacidad y la muerte, para tomar medidas preventivas pertinentes y oportunas.

La interrelación de envejecimiento, enfermedad y ambiente tiene una vía común: el deterioro funcional. El estado funcional puede definirse como la capacidad de una persona de llevar a cabo funciones de las esferas física, mental, social y afectiva.

Son múltiples los déficits funcionales que se presentan en el anciano frágil y que requieren cuidados específicos, por lo que lo más adecuado es una evaluación multidisciplinaria, en la que muchos problemas del anciano son expuestos, descritos y analizados de ser posible; así como los recursos y potencial del enfermo son clasificados, los servicios evaluados son necesarios y el desarrollo de un plan de cuidados coordinado para una óptima intervención en el enfermo geriátrico.

El estado funcional es una de las muchas dimensiones que deben estar incluidas en toda evaluación inicial del adulto mayor, si bien existen datos sobre la importancia que reviste la funcionalidad como resultado de la interacción de las otras áreas a saber, cognoscitiva, afectiva, médica, ambiental, económica, social y sobre todo la calidad de vida. La estrecha relación que guarda el estado

funcional con otras dimensiones dentro de la evaluación geriátrica es a menudo compleja.<sup>28</sup>

#### **4.1 Evaluación Mental (FOLSTEIN)**

En esta escala se valora cada uno de los tres componentes de la memoria, el recuerdo inmediato (p.ej. repetir dígitos), memoria reciente (p.ej. recordar tres objetos después de unos cuantos minutos), y memoria remota (p.ej. capacidad para proporcionar detalles de su pasado). El lenguaje y otras funciones cognitivas deben evaluarse con cuidado. La capacidad para realizar cálculos sencillos y para copiar diagramas, la habilidad para interpretar proverbios de manera abstracta y para nombrar animales son indicadores sensibles de la función cognoscitiva y fácil de probar.

El cuestionario portátil consta de 10 preguntas de las cuales sólo se da un punto para cada contestación acertada y se califica de la siguiente manera:

- 0-2 Errores = Intacto
- 3-4 Errores = Daño intelectual leve
- 5-7 Errores = Daño intelectual moderado
- 8-10 Errores = Daño intelectual grave

Se permite un error más cuando el sujeto no tuvo educación escolar y se permite un error menos, si el sujeto tuvo una educación mayor a la media superior.

El total de la puntuación es de 30.

Si es mayor de 25 puntos se continúa con la valoración.

Si es menor de 24 puntos se obtiene la información por un informante.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> RODRÍGUEZ, R. y cols. *Geriatría*. Ed. Mc Graw-Hill. 2000 : 59-60

<sup>29</sup> FOLSTEIN, MF. *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician Psychiatry Res.* Pág. 182-198

#### **4.2. Evaluación de actividades básicas de la vida diaria (ÍNDICE DE KATZ)**

Se valora la capacidad del paciente para realizar una serie de actividades básicas. Por lo general los datos provienen del paciente o de alguna persona que la atiende y que haya tenido suficiente oportunidad para observarla.

El grado de desempeño se divide en tres niveles de dependencia:

- 1) Capacidad para realizar la tarea sin asistencia humana.
- 2) Capacidad para realizar la tarea con asistencia humana.
- 3) Incapacidad para llevarla a cabo, incluso con ayuda.

La escala de actividades de la vida diaria de Katz, proporciona un medio sencillo para resumir la capacidad de una persona para realizar las labores necesarias para el cuidado personal y se basa en una evaluación de la independencia funcional o dependencia de los pacientes para bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.<sup>30</sup>

#### **4.3. Evaluación de actividades instrumentadas (LAWTON)**

Un segundo nivel de funcionalidad son las actividades instrumentales de la vida diaria, que incluye actividades muy importantes para determinar la capacidad de vivir de modo independiente. Algunas de las actividades que incluye esta categoría son: preparación de alimentos, limpieza del hogar, capacidad para usar el teléfono, compras, lavado de ropa, transportación, medicación y finanzas. Idealmente el anciano debe tener la posibilidad de efectuar dichas actividades de manera independiente, o bien con el auxilio de alguien a quien dar indicaciones.

Estas actividades están más ligadas a aspectos culturales y del entorno. Por ejemplo, en nuestro contexto difícilmente un varón habrá cocinado o participado

---

<sup>30</sup> KATS, S. The index of ADL. Pág. 914-919

en actividades domésticas antes de la vejez, por lo que el no realizarlas no es sinónimo de incapacidad funcional.<sup>31</sup>

#### **4.4. Escala de depresión geriátrica.**

La escala de depresión geriátrica se validó en pacientes ancianos no dementes. La sensibilidad de la escala de depresión geriátrica parece disminuir en pacientes con demencia significativa, pero que quizá sea útil en los que presentan demencia ligera.

Esta escala está formada por treinta preguntas con valor de un punto para cada una, en la que el paciente dependiendo de su estado de ánimo nos contestará sí o no, de tal forma que las calificaciones entre 15 y 22 sugieren depresión ligera, las calificaciones mayores a 22 sugieren depresión grave.

#### **4.5 Evaluación de marcha y balance (TINNETTI)**

La valoración de la marcha y el equilibrio son partes primordiales de la exploración y tal vez sea de mayor utilidad que el examen neuromuscular normal en la identificación de problemas que tienen solución. Aunque se han desarrollado técnicas sofisticadas para valorar la marcha y el equilibrio, la observación cuidadosa de una serie de maniobras es la técnica de valoración más práctica y útil. En la evaluación de Tinnetti, el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos; a partir de tal postura se evalúa el balance : sentado, de levantarse, de intento de levantarse, inmediato al levantarse, de pie, empujón, ojos cerrados, giro de 360° y sentarse. La marcha se evalúa, inicio de marcha, longitud, elevación del paso, continuidad en los pasos, rumbo, tronco y base de sustentación.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> LAWTON. The index of ADL. Pág. 185

<sup>32</sup> TINNETTI, M. SF Identifying mobility disfunction in elderly patients. Pág. 1190-1193

## 5. ARTRITIS REUMATOIDE

### 5.1 Definición

La Artritis Reumatoide es un síndrome que se caracteriza por inflamación simétrica de las articulaciones periféricas, que da lugar a la destrucción progresiva de las estructuras articulares y periarticulares.

### 5.2 Etiología y Epidemiología

La prevalencia de la Artritis Reumatoide aumenta hasta los 80 años y es tres veces mayor en mujeres que en hombres. La enfermedad constituye una causa importante de invalidez entre ancianos y es de etiología desconocida.<sup>33</sup>

### 5.3 Fisiopatología

En la AR la reacción autoinmunitaria se presenta principalmente en el tejido sinovial. La fagocitosis produce enzimas en la articulación que descomponen la colágena y provocan edema, proliferación de la membrana sinovial y en última instancia, formación de pannus; éste destruye el cartílago y erosiona el hueso. La consecuencia es pérdida de superficie y de movimiento articular. Los músculos se ven afectados en la medida en que sus fibras experimentan cambios degenerativos, con pérdida de elasticidad y contractilidad.

### 5.4 Manifestaciones clínicas

El proceso patológico en muchos ancianos se inicia durante la edad media de la vida. Algunos pacientes presentan deformidades articulares secundarias y cambios degenerativos, aunque la inflamación esté en fase inactiva. Cuando la AR comienza, el inicio puede ser insidioso o agudo. En la mayoría de los casos, la artritis se acompaña de síntomas constitucionales leves o moderados (p. ej., malestar general, anorexia); en ocasiones, se produce fiebre y sudoración nocturna.

---

<sup>33</sup> ABRAMS, R. El manual merck de geriatría. Ed. Doyma. 1992 : 747

- **Articulares**

Es característico que la enfermedad sea de una aparición gradual, hipersensibilidad, calor, tumefacción a causa de sinovitis. Durante la fase activa temprana se presenta limitación del movimiento y alteración de la función articular.

Otra característica notoria es la rigidez que sigue al reposo y a la inmovilidad.

En algunos casos los síntomas articulares preceden por un periodo prodrómico de síntomas generales y dolor muscular difuso.

Hay invasión de articulaciones periféricas que producen poliartritis simétrica que afecta a las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, pequeñas articulaciones de pies, muñecas, codos, rodillas tobillos y hombros. El daño a las articulaciones temporomaxilares causa dolor al masticar.

En las manos las deformaciones típicas son:

1.- Deformaciones cubitales en articulaciones metatarsofalángicas son los tendones extensores deslizándose de las cabezas de los metacarpianos hacia el lado cubital, después se presenta subluxación de articulaciones.

2.- Dedos en cuello de cisne con hiperextensión en articulaciones interfalángicas proximales.

3.- Deformidad en ojal, hay flexión en la articulación interfalángica proximal e hiperextensión en la articulación distal.

4.- En los pies ocurren deformidades similares, con desplazamiento hacia arriba de la primera falange y hallux valgus.

- **Periarticulares**

Los nódulos subcutáneos se presentan en una cuarta parte a un tercio de los casos. El sitio más común es sobre el olecranon, pero también surgen en otros sitios de presión. La tenosinovitis con derrame de la vaina tendinosa se observa con más frecuencia en tendones extensores que están sobre la muñeca y el dorso de la mano.

Ocurren síntomas de atrapamiento, como el síndrome del túnel del carpo, que se debe a la compresión del nervio mediano al nivel de la muñeca. El paciente se queja de adormecimiento y dolor en especial por la noche con trastorno del sueño.

### **5.5 Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en el juicio clínico y requiere la presencia de artritis inflamatoria simétrica, con afectación de las articulaciones apropiadas y rigidez matutina prolongada, de duración  $\geq 1$  hora. La exploración física detecta tumefacción de los tejidos blandos, calor e hipersensibilidad en estas áreas y a veces nódulos a lo largo de las superficies de extensión de las extremidades superiores y alrededor de las articulaciones. Hay que excluir otras enfermedades, como la polimialgia reumática, el lupus eritematoso sistémico y la artritis de las neoplasias malignas.

El diagnóstico de la AR requiere la presencia de al menos cuatro de los criterios siguientes:

1. Rigidez matutina con duración  $\geq 1$  hora.
2. Artritis en tres o más articulaciones.
3. Artritis en las articulaciones de las manos (p.ej., muñecas, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales).
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoideos
6. Factor reumatoide sérico (positivo en  $< 5\%$  de las personas sanas)
7. Alteraciones radiográficas (las alteraciones radiográficas de las manos, típicas de la artritis reumatoide, deben incluir erosiones o descalcificación ósea inequívoca).

Nota: Criterios revisados para la clasificación de la AR (1987) ; los cuales deben prolongarse durante  $\geq 6$  semanas.

#### ❖ DATOS DE LABORATORIO

Los pacientes con AR pueden presentar anemia normocrómica y normocítica, leucocitosis ligera y trombocitosis. La VSG está aumentada en alrededor del 80% de los casos y el factor reumatoide es positivo es cerca de la mitad de los pacientes; sin embargo estas anomalías no son específicas de la AR. Los títulos elevados de factor reumatoide ( $\geq 1:320$ ) son muy específicos; por el contrario, los bajos se observan en otras enfermedades y hasta en el 25% de los ancianos sanos.

Al principio, las radiografías de las articulaciones afectadas sólo suelen mostrar tumefacción de los tejidos blandos. Las anomalías tardías características comprenden osteoporosis periarticular, estrechamiento del espacio articular y erosiones marginales.

## **5.6 Tratamiento**

El pronóstico a largo plazo suele ser desfavorable. Muchos pacientes experimentan invalidez progresiva, a pesar del tratamiento apropiado y la mayor incidencia de infecciones graves y enfermedad cardiovascular elevan la mortalidad. A pesar de todo, muchos pacientes responden al tratamiento.

### ***Tratamiento no farmacológico:***

Son esenciales la fisioterapia, la terapia ocupacional, el ejercicio, la utilización de dispositivos de asistencia y tal vez las medidas físicas para aliviar el dolor (p. ej., aplicación de calor o frío). Se debe aconsejar reposo cuando los síntomas son intensos. Sin embargo, el reposo prolongado en cama exacerba en los ancianos la pérdida de capacidad aerobia y de fuerza muscular relacionada con la edad, y puede dar lugar a una pérdida irreversible de movilidad; los ancianos cruzan con facilidad el umbral a partir del cual la capacidad funcional experimenta un compromiso tan intenso que no puede ser restaurada.

### ***Antiinflamatorios no esteroideos.***

El tratamiento debe incluir administración de algún antiinflamatorio no esteroideo (AINE) para aliviar el dolor y la tumefacción. Muchas veces hay que administrar regularmente un AINE a dosis completa. Los AINE actúan por inhibición de la ciclooxigenasa (COX), necesaria para la síntesis de prostaglandinas: Existen dos isoformas de COX: la COX-1 es expresada en la mayoría de los tejidos, entre ellos la mucosa gástrica, y la COX-2 es inducida en las células inflamatorias y la sinovial inflamada. La COX-2 también se encuentra en el riñón, pero en las plaquetas.

La mayoría de los AINE inhiben la COX-1 y la COX-2, pero los inhibidores selectivos de la COX-2 más recientes (p. ej., celecoxib, rofecoxib) sólo afectan a la isoforma COX-2, por lo que tienen menor tendencia a causar úlceras gástricas e inhibición plaquetaria. Así pues, hay que considerar el empleo de un inhibidor

de la COX-2 en vez de los AINE más antiguos, con lo que se reduce el riesgo de toxicidad gastrointestinal e inhibición plaquetaria. La toxicidad gastrointestinal producida por un AINE inespecíficos es hasta cuatro veces más frecuente en los mayores de 65 años que en los más jóvenes.

### ***Corticoesteroides***

La prednisona a dosis bajas (p. ej., 5-10mg/día) puede ayudar a reducir el dolor y la invalidez. Sin embargo, los corticoesteroides son difíciles de suspender y sus efectos a largo plazo (p. ej., osteoporosis, cataratas, dificultad para la cicatrización de las heridas, hiperglucemia, hipertensión, hiperlipidemia, reactivación de la tuberculosis, mayor riesgo de infección) deben sopesarse frente a los beneficios terapéuticos. Las inyecciones intraarticulares de ésteres de corticoesteroides pueden contribuir de forma temporal al control de la sinovitis local en una o dos articulaciones particularmente dolorosas.

### ***Antirreumáticos modificadores de la enfermedad.***

Estos fármacos retrasan la progresión de la enfermedad, mejoran la función y reducen la mortalidad. Deben utilizarse pronto en el curso de la AR para prevenir la destrucción articular y la incapacidad. Estos fármacos mejoran incluso la supervivencia. Ningún dato sugiere que los ancianos respondan menos a estos medicamentos que los pacientes jóvenes, o que experimenten una toxicidad diferente. Por lo tanto, no se debe prescindir de los antirreumáticos modificadores de la enfermedad a causa de la edad del paciente, aunque el tratamiento debe de ser controlado por un reumatólogo.

El metotrexato suele ser la primera elección. La dosis oral inicial habitual es de 7.5mg/semana, que puede aumentarse hasta 20mg/semana. Los pacientes que reciben metotrexato deben ser controlados cuidadosamente en cuanto a toxicidad hepática, neumonitis intersticial, supresión de la médula ósea y ulceración y hemorragia gastrointestinal. La aspirina puede incrementar la toxicidad del metotrexato al disminuir su excreción. El suplemento de ácido

fólico (5mg/semana) ayuda a prevenir la toxicidad. El metotrexato está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal.

Se puede administrar hidroxicloroquina a dosis de 6.5mg/kg/día o 400mg/día. En raras ocasiones se producen efectos adversos graves y a veces irreversibles, sobre todo pérdida de la visión. La visión puede ser comprobada por un oftalmólogo antes del tratamiento.

La Sulfasalacina, a dosis de 3-4g/día por vía oral, es un antirreumático modificador de la enfermedad eficaz. Los principales efectos adversos consisten en náusea, vómito y alteraciones gástricas. Los pacientes tratados requieren control periódico con hemograma y pruebas de función hepática.

El tratamiento combinado con metotrexato, hidroxicloroquina y sulfasalacina ha mostrado unos resultados más eficaces que la monoterapia. Sin embargo, el elevado costo y la toxicidad pueden limitar el uso de esta forma de tratamiento.

El modificador de la respuesta biológica etanercept (10-25mg s.c. dos veces por semana) es un receptor del factor de necrosis tumoral soluble, que bloquea la acción de la citocina proinflamatoria factor de necrosis tumoral. El efecto adverso más frecuente es de reacción en el sitio de la inyección. Se desconoce los efectos adversos a largo plazo (> a dos años). Otro modificador de la respuesta biológica, la leflunomida, se administra a dosis de carga de 100mg/día v.o. los días 1-3, seguida por 20mg/día, para inhibir a la síntesis de novo de pirimidina. El efecto adverso grave más habitual es la toxicidad hepática.

Los preparados de oro y la penicilamina son fármacos más antiguos y que hoy en día se utilizan con menos frecuencia, pero pueden considerarse cuando no se toleren otros tratamientos. El tiomolato sódico de oro y tioglucosa de oro (aurotioglucosa) se comercializan en forma inyectable (por vía i.m.), la dosis de prueba de 10mg durante la primera semana va seguida de otra de 25mg una

semana más tarde. Todas las dosis i.m. subsiguientes de 25-50mg se administran una vez a la semana hasta alcanzar una dosis acumulativa de 1gr, o hasta que se obtiene una respuesta terapéutica o se observa toxicidad. Si se obtiene una respuesta terapéutica, se continúa con dosis de mantenimiento de 25-50mg, primero semanales, después cada dos semanas más tarde cada tres semanas y por último mensualmente. El tratamiento mensual debe mantenerse durante un tiempo indefinido para prevenir la recidiva. El auronofin, un preparado de oro oral, tal vez sea menos eficaz que las formas inyectables; la dosis usual es de 3mg dos veces al día, o 6mg/día durante seis meses. Sino se obtiene respuesta terapéutica, la dosis puede aumentarse a 3mg tres veces al día.

Los efectos adversos más habituales del tratamiento con oro consisten en prurito, dermatitis, estomatitis, proteinuria y pancitopenia. El prurito precede con frecuencia a la dermatitis difusa, que puede cursar con exfoliación, y a la estomatitis. A los pacientes con prurito o dermatitis menor se les debe de suspender el oro. Si se resuelve la dermatitis, el fármaco se puede volver a administrar a dosis más baja. La proteinuria, la leucopenia o la trombocitopenia requieren la supresión permanente del tratamiento con oro. El oro administrado por vía oral causa menor toxicidad mucocutánea y renal, pero provoca más diarrea y alteraciones gastrointestinales.

La penicilamina se inicia a dosis de 125-250 mg/día por v.o., que se aumenta con intervalos de 2-3 meses en incrementos de 125-250 mg, hasta alcanzar un total de 750 mg/día. La penicilamina debe tomarse entre las comidas, ya que los alimentos disminuyen la absorción. Los efectos adversos incluyen dermatitis, proteinuria, disgeusia y trombocitopenia ; también se han descrito otros más graves (p. ej., pénfigo, miastenia grave, síndrome similar a lupus, supresión marcada de la médula ósea). Los pacientes que reciben penicilamina requieren de un estrecho control.

La azatioprina, la ciclofosfamida y la ciclosporina pueden utilizarse para tratar la artritis reumatoide refractaria. En los casos muy avanzados, una nueva opción terapéutica consiste en la aféresis, utilizando una columna de inmovilización de proteína A estafilocócica.<sup>35</sup>

### **5.7 Rehabilitación**

La rehabilitación incluye un programa dinámico activo y un proceso de aprendizaje que tengan por objeto permitir que una persona enferma o incapacitada logre el grado más alto de autosuficiencia física, cognoscitiva, psicológica, social, educacional, vocacional y funcionamiento económico de que sea capaz.<sup>36</sup>

El verdadero significado del concepto de rehabilitación reside en lograr el bienestar del enfermo por medio de una atención integral, que muchas veces se pierde de vista al estar proporcionando servicios fragmentarios.<sup>37</sup>

Los conceptos básicos y los métodos usados en la rehabilitación del adulto mayor son esencialmente los aplicados a la rehabilitación general, modificados para adaptarse a la fisiología de los sujetos de edad avanzada. La medicina actual se ha alejado mucho del concepto romano pesimista de que "la vejez es una enfermedad en sí misma", se advierte cada vez con mayor claridad que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y no hay enfermedades peculiares de la vejez.

A pesar de ello, la experiencia clínica y estadística comprueba que las personas de los grupos de edad avanzada sufren una parte comparativamente mayor de enfermedades incapacitantes que los sujetos más jóvenes. El predominio se agrava porque los incapacitados ancianos con frecuencia sufren una o más

---

<sup>35</sup> ABRAMS, R. El manual Merck de geriatría. Ed. Doyma. 1992 : 750

<sup>36</sup> SMITH, D. y cols. Enfermería práctica. Ed. Interamerican. 1995 : 137

<sup>37</sup> SALGADO, y cols. Manual de geriatría. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1994 : 529

enfermedades crónicas añadidas. Estas complicaciones tienen gran importancia para los procedimientos de rehabilitación y el pronóstico; si bien deben vigilarse siempre de manera atenta las limitaciones cardiorrespiratorias y funcionales de otra índole, los ancianos no se excluirán de los beneficios de la medicina de restauración.

Desde el punto de vista terapéutico, la actitud rehabilitadora ante un anciano con síndrome invalidante puede concretarse en el desarrollo escrupuloso y constante de la prevención de invalideces y complicaciones secundarias.

Los síndromes osteoarticulares más frecuentes y que determinan un mayor grado de invalidez en el anciano son:

- a) Afectación periarticular: síndrome doloroso del hombro o periartritis escapulohumeral.
- b) Afectación capsulosinovial: Artritis Reumatoide.
- c) Afectación osteocartilaginosa articular: Enfermedad Degenerativa Articular u Osteoartritis.
- d) Afectación ósea: Osteoporosis.

Los objetivos de pacientes con patologías reumáticas han de ir dirigidos a:

- Evitar deformidades.
- Mantener una capacidad funcional adecuada.
- Mantener la independencia.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> op. cit. pág. 532

### ❖ **Ejercicio terapéutico.**

El empleo del ejercicio como método de tratamiento debe planearse con el mismo cuidado que el de cualquier otra clase de terapéutica disponible.

Los factores que deben tomarse en cuenta son:

- **Indicación del ejercicio terapéutico.**  
Consiste en alguna alteración de la fisiología corporal que ha originado pérdida de los movimientos normales.
- **Valoración de las capacidades restantes.**  
Se fundamenta en pruebas y mediciones que reflejan la fuerza muscular, la amplitud de movimientos normales y otros hechos de esta índole.
- **Propósito fijado.**  
Debe ser el que brinde función y eficiencia independiente máxima al usuario, dentro de los límites impuestos por el daño, cuando este es permanente.

### ❖ **Finalidades del ejercicio.**

#### *Fuerza*

Los ejercicios tienen como finalidad aumentar la fuerza de los músculos, se basa en algunas repeticiones con esfuerzo activo máximo y tienen especial utilidad en la atrofia consecutiva a falta de uso.

#### *Resistencia*

Tiene el propósito de aumentar la tolerancia y se basa en esfuerzos submáximos con muchas repeticiones y tiene particular después de la convalecencia.

### *Coordinación*

Están encaminados a crear una norma eficiente de hábitos, el fundamento es que la práctica y la repetición dan origen a precisión en la ejecución; tienen especial utilidad si hay trastornos de la función cerebelosa.

### *Actitud de movimiento*

Estos ejercicios tienen el propósito de mantener o aumentar el movimiento; estos poseen valor siempre que hay o puede haber limitaciones de la movilidad normal sea cual sea su causa. Tienen particular valor en caso de haber contracturas o parálisis.

### *Velocidad.*

Su propósito es acortar el tiempo de actividad, la velocidad se alcanza por repetición frecuente de actividades funcionales hasta que la energía gastada sea mínima. La práctica para adquirir velocidad es útil en el periodo final de la rehabilitación y casi en todas las enfermedades neuromusculares.

#### **❖ Tipos de ejercicios.**

Los ejercicios pueden clasificarse en tres grupos: pasivos, activos y forzados. Los ejercicios que se utilizan en estos movimientos básicos se han dividido de la siguiente manera:

- a) Pasivos: Son ejercicios efectuados por el terapeuta o por un aparato, sin que haya tracción activa por parte del usuario.
- b) Activos con asistencia: Se ejecutan por la contracción activa por parte del usuario, con el auxilio del terapeuta o de un aparato.
- c) Activos: Ejecutados por el usuario sin asistencia ni resistencia.
- d) Contra resistencia: Ejercicios activos ejecutados por el usuario contra resistencia adicional y puede ser manual o mecánica.
- e) De estiramiento: Ejercicios que se logran por el movimiento forzado sea pasivo o activo.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> HOWARD. *Medicina de rehabilitación*. Ed. Interamericana. 1982 : 96-102

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En el complejo mundo en que vivimos nos rodean dilemas éticos en todas las facetas de la vida, ha surgido gran interés en este campo para comprender mejor la forma en que influye en la población. En el caso específico de los servicios asistenciales se ha intensificado el interés por la ética en respuesta a cuestiones controvertidas que incluyen los considerables avances tecnológicos y disminución de recursos; ambos han repercutido en las funciones que desempeña la enfermera profesional.

La medicina en el pasado contaba con pocas alternativas para combatir la enfermedad; de aquí que la función de la enfermería era fundamentalmente de apoyo y alivio. Sin embargo, en la actualidad la tecnología sofisticada a menudo prolonga la vida. Se ha cuestionado la pertinencia de la utilización de esta tecnología, con razones a favor y en contra.<sup>40</sup>

Los términos de ética y moralidad, se usan en relación con un contexto de creencia acerca de conducta humana correcta e incorrecta y con diversos lineamientos de acción. Los dos términos, aunque se refieren a conceptos similares, difieren ligeramente su significado.

La ética es el estudio filosófico de la moralidad y cada persona confía en la teoría formal, reglas, principios o códigos de conducta para determinar el curso "correcto" de la acción. Sin embargo, la ética se ocupa más del "por qué" de la acción, que de establecer si está es correcta o equivocada, buena o mala.

La moralidad describe el compromiso personal de cada individuo con los valores, y en estos valores, con frecuencia, influyen las normas y expectativas sociales. La moral es el "debe" y el "no debe" de las acciones y los comportamientos.

---

<sup>40</sup> SMELTZER y cols. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Interamericana. 1998 : 52

Hay principios éticos derivados de las teorías éticas clásicas y que se utilizan en la toma de decisiones sanitarias. Los principios son directrices generales que gobiernan la conducta, proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones. Entre los principios éticos más comunes están: Autonomía, beneficencia, confidencialidad, doble efecto, fidelidad, justicia, no maleficencia, respeto a las personas, veracidad, entre otros.

### **6.1 Consentimiento informado**

La prestación de asistencia requiere el consentimiento de alguien que esté legalmente autorizado a otorgarlo; la falta de obtención de éste puede determinar responsabilidad legal.

Existen dos tipos de consentimiento: expreso e implícito. El consentimiento expreso puede ser escrito o verbal, y es el que se da específicamente para los procedimientos no habituales. El consentimiento implícito puede estar implícito en los hechos, ser un supuesto basado en el comportamiento del paciente (por ejemplo el paciente extiende un brazo para la venopunción).

El consentimiento válido debe ser:

- 1) voluntario
- 2) obtenido
- 3) informado

El médico tiene el deber de revelar lo siguiente:

El diagnóstico, la enfermedad, el pronóstico, los riesgos materiales y los beneficios asociados con el tratamiento o procedimiento, la explicación del tratamiento, quiénes lo proporcionarán, los riesgos materiales y los beneficios de otras terapias y la probable evolución incluidos los riesgos materiales y los beneficios si el paciente rechazara el procedimiento. No revelar esta información

o revelarla inadecuadamente con resultado de daño puede constituir negligencia.

Hay muchas excepciones a los requisitos de consentimiento y a la obligación de revelar. El que toma la decisión debe ser un adulto legalmente competente (debe haber alcanzado la mayoría de edad), la competencia es una apreciación y por regla general, hay una presunción legal de competencia del paciente. Una persona es mentalmente incompetente (y, por lo tanto, su consentimiento no es válido) si se dictamina incompetencia.

Las urgencias son una excepción, a no ser que el paciente rechace el tratamiento o haya formulado antes un rechazo competente e informado; en un tratamiento de una enfermedad contagiosa que amenaza la salud pública.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Urden y cols. Cuidados intensivos en Enfermería, Ed. Hartcourt. 2002 : 14

## V. METODOLOGÍA

### 1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Para la realización de éste estudio de caso se tomó en cuenta el tamizaje hecho por pasantes del servicio social de la licenciatura en enfermería y obstetricia a las personas mayores de 60 años que residen en la zona cerril de San Luis Tlaxialtemalco; a las cuales se les aplicó la escala de valoración de marcha y balance, en base a los resultados presentados en su tesis; se seleccionó a aquellas personas que salieron con menor puntuación en dicha escala, para ofrecerles dar seguimiento, realizando intervenciones de enfermería específicas con la finalidad de mejorar el grado de independencia.

Una vez seleccionado un caso en particular se comprobó cual era el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas; se solicitó la autorización por parte de la paciente y un familiar. A partir del 10 de enero de 2002 se comenzó a trabajar con la paciente en un horario previamente acordado.

La investigación se documentó en tres etapas, la primera fue la aplicación del instrumento de recolección, la segunda en la revisión bibliográfica y la última en la aplicación del plan de atención.

El instrumento de recolección utilizado fue el que ha elaborado la coordinación de la especialidad de enfermería del anciano, en el que se incluye la valoración de enfermería por necesidades de Virginia Henderson además de las escalas de valoración geriátrica; está se aplicó en los primeros tres seguimientos.

La revisión bibliográfica fue sobre la patología y rehabilitación, lo que proporcionó conocimientos y bases teóricas que fundamentaron la investigación, planeando las actividades de enfermería individualizadas, estructurándolo en el plan de atención.

En la última etapa fue la aplicación del plan de atención, previa revisión y asesoría por parte de los tutores académicos en donde se ejecutaron y evaluaron todas las acciones de enfermería propuestas; una vez concluido el periodo de práctica comunitaria, se dejó referido el caso al CCOAPS a través de personal especializado de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

## 2. PRESENTACIÓN DEL CASO

L.G.M. de 66 años, nació en Xochimilco México, de religión católica, estado civil casada; estudió hasta primero de primaria, reside en San Luis Tlaxialtemalco desde hace 48 años.

Apoyos con que cuenta: Vive en casa propia, con su esposo, un hijo y dos nietas, fue vendedora de nopales, amaranto y trabajadora doméstica, obtiene sus ingresos de la pensión de su esposo y de su hijo, no recibe apoyo comunitario y con dificultad cubren sus gastos; pertenece a la casa de la Salud del CCOAPS, no dispone de transporte cuando necesita salir de su hogar.

Padece de Artritis Reumatoide con trece años de evaluación, control por los servicios de salud (Seguro Social), acudiendo mensualmente a sus citas. Actualmente padece de resfriados frecuentes, parestias y parestesias de miembros inferiores y superiores.

## **VI. PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA**

### **1. HALLAZGOS OBTENIDOS DE LA VALORACIÓN POR NECESIDADES**

#### **Alteraciones en la Necesidad de Oxigenación.**

Tiene resfriados frecuentes, parestias y edema de miembros inferiores, calambres ocasionales. T.A 110/70 F.C. 78x´ F.R.22x´

#### **Alteraciones en la Necesidad de Nutrición e Hidratación.**

Peso 56kgr Talla 150cm

Caries en cuatro molares (primer premolar superior derecho, segundo premolar izquierdo, los dos molares superiores derechos), adoncia parcial (los dos laterales superiores y el primer molar inferior izquierdo), problemas para abrir la boca, mala higiene oral con cepillado dental cada tercer día. Transfusión sanguínea hace 18 años por traumatismo. Eliminación intestinal una vez cada dos días.

Fecha del último reconocimiento odontológico (no recuerda).

#### **Alteraciones en la Necesidad de Eliminación.**

Defeca cada dos días, nicturia (4 veces por noche), incontinencia urinaria por urgencia. PAP hace 9 años, gestas 8, partos 8, menarca a los 12 años, menopausia a los 60 años. No tiene actividad sexual.

#### **Alteraciones en la Necesidad de Movimiento y Postura**

Articulaciones dolorosas en miembros inferiores y superiores, rigidez articular, inflamación articular, deformación de articulaciones en los dedos de las manos, calambres y parestias de miembros inferiores, dolor de espalda, problemas de deambulación, órtesis (bastón).

Ha sufrido una caída con pérdida del conocimiento; fue en el patio de su casa, en el año 2002.

Escalas de valoración:

- Actividades de la vida diaria básicas: toma las prendas y se viste sin asistencia excepto en poner calcetas y abrochar zapatos, recibe asistencia al ir al baño y tiene accidentes ocasionales (calificación 4).
- Actividades de la vida diaria instrumentadas: no usa el teléfono, necesita compañía para cualquier compra, prepara los alimentos solo si se le provee de lo necesario, no participa en el cuidado del hogar, viaja acompañada, y solo puede manejar el dinero necesario para pequeñas compras (calificación 2).
- Evaluación de la marcha : el pie izquierdo no rebasa al derecho, y ambos no dejan el piso, pasos desiguales, desviación moderada, flexiona rodillas (calificación 5)
- Evaluación de balance: se levanta en más de un intento, estable pero con apoyo físico y con amplia base de sustentación, al empujón se tambalea pero se recupera, giro de 360º pasos irregulares e inestables, y al sentarse usa los brazos (calificación de 8).

#### **Alteraciones en la Necesidad de Descanso y Sueño.**

Dolor de cabeza, dolor en cuello y manifiesta tener sueño ligero.

#### **Alteraciones en la Necesidad de Usar Prendas de Vestir.**

No se puede poner calcetas ni amarrar zapatos por la deformidad en los dedos de las manos.

### **Alteraciones en la Necesidad de Termorregulación.**

Exposición al sol dos veces al día por treinta minutos aproximadamente. Su habitación es fría.

### **Alteraciones en la Necesidad de Higiene y Protección de la piel.**

Baño cada tercer día con cambio de ropa total. Se observa adecuada lubricación de la piel, dos callos en miembro inferior derecho, y cuatro callos en miembro inferior izquierdo, los cuales no le impiden mantener buena postura.

*Inmunizaciones:* no ha recibido.

### **Alteraciones en la Necesidad de Evitar Peligros.**

Disminución auditiva del lado izquierdo, necesita órtesis, disminución visual de ojo derecho (visión borrosa), ojo izquierdo pérdida total de la visión.

Cama sin barandillas, presencia de escaleras sin barandales, falta de iluminación en escaleras, suelo con desniveles, calles no pavimentadas y obstáculos con los cuales puede caer.

### **Alteraciones en la Necesidad de Comunicación.**

Problemas de memoria, deprimida por muerte de un hijo, y por una hija que no le habla, vive en la misma casa que su marido aunque están separados.

Visión borrosa (ojo derecho) pérdida casi total de la visión del ojo izquierdo, fotofobia (ocasional), necesita órtesis auditiva.

Reconocimiento visual (enero de 2002).

Reconocimiento otológico (julio de 2001).

- Escala de valoración sobre depresión geriátrica : ha abandonado muchos de sus intereses y actividades, se aburre con frecuencia, siente que su vida está vacía, está molesta por pensamientos que no puede alejar de su mente, tiene miedo de que algo le vaya a suceder, se siente desamparada, se siente intranquila y nerviosa con frecuencia, prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas, se preocupa frecuentemente por el futuro, cree que tiene

más problemas con su memoria que los demás, se siente desanimada y triste con frecuencia, siente que nadie la aprecia, le es difícil comenzar con nuevos proyectos, no se siente con energía, siente que su situación es desesperante, se molesta frecuentemente por cosas sin importancia, tiene ganas de llorar con frecuencia, tiene problemas para concentrarse, le es difícil tomar decisiones, y su mente no está tan clara como solía estar antes (calificación 20).

Nota: Expresó que ha tenido ideas suicidas en dos ocasiones.

Familiograma : Se trata de una familia que procreó 8 hijos, actualmente vive con su esposo, con su hijo que es soltero, y con dos de sus nietas que son hijas del hijo que acaba de fallecer de cirrosis hepática. Con su única hija tiene malas relaciones, y con los otros hijos tiene regular relación; sin embargo, se percibe que con el hijo que vive en el mismo predio, así como con su hijo que vive con ellos existe una red de apoyo, la cual puede mejorarse.

#### **Alteraciones en la Necesidad de vivir según sus Valores y Creencias.**

Es católica, Dios es muy importante, reza diario, va a la Iglesia, refiere que Dios es toda esperanza, se encomienda a él cuando tiene miedo o alguna preocupación, le gustaría que sus hijos se llevaran bien y vivieran en paz, y en cuanto a la muerte dice que es algo que tenemos que pasar.

#### **Alteraciones en la Necesidad de Trabajo y Realización.**

Se siente satisfecha en lo que trabajó, ya que fue una forma de ayudar a mantener a su familia; actualmente no trabaja por la artritis reumatoide, por la pérdida de la visión y la audición, lo cual la hace sentirse triste.

### **Alteraciones en la Necesidad de Jugar y participar en Actividades Recreativas.**

Pertenece a la casa de la salud del CCOAPS (no ha asistido desde hace 6 meses por enfermedad).

Su tiempo libre lo ocupa en ver la televisión (programas de "telenovelas"), oír todo tipo de música en la radio, arreglar las plantas y tejer.

### **Alteraciones en la Necesidad de Aprendizaje.**

Problemas de memoria (algunas veces desconoce personas), sin alteración en los pares craneales, la fluidez verbal está ligeramente disminuida de acuerdo a su escolaridad, no pudo dibujar la carátula de un reloj, no sabe leer la hora, alteración en la percepción visoespacial.

Escala de valoración mental: no supo en que país estamos, resto mal, se le olvidó un objeto, falló en la orden verbal, no hay cruce de pentágonos (calificación 25 puntos)

Escolaridad de 1° de primaria, buena capacidad de atención.

Manifiesta tener interés por aprender sobre su autocuidado.

### *Medicamentos:*

Nombre del fármaco, dosis y frecuencia.

Diclofenaco            1-0-1

Prednisona            1-0-1

Ranitidina            1-0-1

Calcitrol              1-0-1

Complejo B            1-0-0

Acido poliacrílico    Lo aplica cada que el ojo está seco.

Acude con el médico cada mes, sabe para qué sirven los medicamentos y siente mejoría con ellos. No realiza ninguna dieta, ni ejercicio, lleva control de glucosa cada 3 o 4 meses sin ser diabética y no utiliza medicina alternativa.

2. NIVEL DE INDEPENDENCIA DE LA ANCIANA POR NECESIDAD

NECESIDADES	GRADO DE		CAUSAS DE DIFICULTAD			TIENE INTERACCIÓN CON OTRA NECESIDAD		CAPACIDADES Y RECURSOS DE LA PERSONA Y SU ENTORNO
	INDEP	DEP	F.F.	F.C.	F.V.	SI	NO	
Oxigenación.	✓							Le interesa recuperar un poco de movilidad para sentirse útil.
Nutrición.		✓ P-PR		✓	✓	✓ Apre		
Eliminación.		✓ P-TM	✓			✓ Apre		
Movimiento y Postura		✓ P-PR	✓	✓	✓	✓ Apre - Comu		Cuenta con apoyo económico de esposo e hijo.
Descanso y sueño	✓							Disponibilidad de tiempo y horario.
Vestido		✓ P-PR	✓			✓ Mov y Pos		
Termorregulación	✓							Interés por realizar actividades recreativas.
Higiene y Prot. Piel		✓ P-TM		✓	✓	✓ Mov-Nut-Eli		
Evitar peligros		✓ P-TM	✓	✓	✓	✓ Mov y Pos		
Comunicación		✓ P-TM			✓	✓ Apre - Mov		
Creencias y valores	✓							
Trabajo y Realización.	✓							Interés por aprender sobre su enfermedad.
Juego y recreación		✓ P-TM	✓		✓	✓ Mov		
Aprendizaje		✓ P-TM		✓	✓	✓ Mov-Nut-Eli		

DEPENDENCIA  
A

TOTAL = T  
PARCIAL = P

TEMPORAL = TM  
PERMANENTE = PR

FALTA DE FUERZA = F.F.  
FALTA DE VOL =  
F.V.  
FALTA DE CONOC = F.C.

<b>3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA POR PRIORIDAD</b>	
<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
1. MOVILIDAD Y POSTURA	Deterioro de la movilidad física relacionado con alteraciones musculoesqueléticas manifestado por articulaciones dolorosas, rigidez y deformación de articulaciones.
2. EVITAR PELIGROS	Alto riesgo a caídas relacionado con alteraciones sensoriales (visión deficiente) y múltiples obstáculos arquitectónicos.
3. COMUNICACIÓN	Alteración de la interacción familiar relacionado con cambios en el rol manifestado por aislamiento y accesos de llanto.
4. ELIMINACIÓN	Incontinencia urinaria de urgencia relacionada con disminución de la capacidad vesical manifestada por incapacidad de llegar al retrete.
5. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Alteración de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz, barreras económicas manifestado por decoloración del esmalte, dientes desgastados y adoncia parcial.
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Déficit de autocuidado en vestirse relacionado con restricción en el movimiento manifestado por incapacidad para ponerse o quitarse prendas de vestir.
7. JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Déficit de actividades recreativas relacionado con problemas osteomusculares manifestado por afirmaciones de la persona de aburrimiento y tener deseos de hacer algo.

#### 4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Movilidad y postura.	Deterioro de la movilidad física relacionado con alteraciones musculoesqueléticas manifestado por articulaciones dolorosas, rigidez y deformación de articulaciones.	Mantener la movilidad del paciente dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar y programar los ejercicios para cada articulación, con terapia ocupacional.</li> <li>• Recomendar periodos de descanso entre las actividades realizadas.</li> <li>• Enseñar a alinear correctamente las articulaciones durante los periodos de reposo.</li> <li>• Recomendar la aplicación de calor para aliviar el dolor y la rigidez</li> <li>• Recomendar el uso de dispositivos (rodillo y pelota) para mejorar la rigidez.</li> <li>• Enseñar el uso correcto de órtesis (bastón) para la deambulaci3n.</li> </ul>	La paciente con la terapia ocupacional tiene aumento de la funci3n articular con lo que mejora su participaci3n en actividades de la vida diaria b3sicas e instrumentadas as3 como en actividades sociales.

### PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L.G.M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Evitar peligros	Alto riesgo a caídas relacionado con alteraciones sensoriales (visión deficiente) y múltiples obstáculos arquitectónicos.	Prevenir las caídas por medio de modificaciones en el entorno.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendar asistir al oftalmólogo.</li><li>• Orientar respecto al ambiente seguro:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Libre de obstáculos.</li><li>○ Colocación de barandales.</li><li>○ Iluminación de áreas oscuras y transitadas.</li><li>○ Utilización de calzado seguro antiderrapante.</li><li>○ Utilización de órtesis.</li></ul></li></ul>	La paciente expresa verbalmente que tiene más seguridad al caminar.

## PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Comunicación	Alteración de la interacción familiar relacionado con cambios en el rol manifestado por aislamiento y accesos de llanto.	Reconocer sus limitaciones y demuestre comportamientos de adaptación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar mecanismos para reducir el aislamiento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Concientizar a sus familiares a que tengan contacto con ella.</li> <li>○ Ayudar a reconocer y aceptar sus limitaciones.</li> <li>○ Proporcionar apoyo emocional.</li> <li>○ Invitarla a que participe en la Casa de la Salud.</li> <li>○ Animarla a que hable con amigas o vecinas</li> <li>○ Programar actividades durante el día, incluyendo terapia ocupacional.</li> <li>○ Implementar la terapia de reminiscencias.</li> </ul> </li> </ul>	La paciente expresa que se siente menos angustiada y acepta su situación con esperanza.

### PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Eliminación	Incontinencia urinaria de urgencia relacionada con disminución de la capacidad vesical manifestada por incapacidad de llegar al retrete.	Modificar el tipo de respuesta a la urgencia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar a que la paciente desarrolle una rutina para ir al baño cada dos o tres horas.</li><li>• Enseñar los ejercicios de Kegel de uso progresivo.</li><li>• Evitar que tome líquidos después de las 6pm.</li><li>• Aconsejar ir al baño antes de acostarse.</li><li>• Recomendar al familiar asistir a la paciente cuando solicite ir al baño.</li><li>• Recomendar al familiar eliminar obstáculos en el trayecto al baño.</li></ul>	La paciente tiene menos accidentes.

### PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Nutrición e hidratación.	Alteración de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz, barreras económicas manifestado por decoloración del esmalte, dientes desgastados y adoncia parcial.	Favorecer el aprendizaje para prevenir la pérdida de más piezas dentarias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendar a que asista con el dentista.</li><li>• Informar sobre la importancia de tener higiene oral.</li><li>• Enseñar la técnica de cepillado de dientes.</li><li>• Recomendar el uso de enjuague bucal.</li><li>• Recomendar no comer alimentos ricos en carbohidratos.</li></ul>	La paciente mejora y mantiene higiene oral.

### PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Usar prendas de vestir adecuadas	Déficit de autocuidado en vestirse relacionado con restricción en el movimiento manifestado por incapacidad para ponerse o quitarse prendas de vestir.	Fomentar la independencia en el vestido.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hablar con los familiares para que la estimulen a vestirse por sí misma.</li><li>• Recomendar la utilización de ropa cómoda playeras o vestidos con cierres o velcro.</li><li>• Evitar utilizar prendas de vestir con botones o cierres con abertura por la parte de atrás.</li><li>• Recomendar la utilización de zapatos que no tengan agujetas.</li></ul>	La paciente se viste casi completamente.

## PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: L. G. M. Edad: 66 Sexo: Femenino Edo. Civil: Casada

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Jugar o participar en actividades recreativas	Déficit de actividades recreativas relacionado con problemas osteomusculares manifestado por afirmaciones de la persona de aburrimiento y tener deseos de hacer algo.	Identifica que oportunidades y limitaciones tiene.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar a la paciente a identificar actividades recreativas satisfactorias para su salud.</li><li>• Informar a la paciente acerca de las opciones que existen dentro de la comunidad.</li><li>• Buscar apoyo de familiares para que la paciente lleve a cabo las actividades que desee.</li><li>• Invitarla a que participe en la casa de la Salud.</li><li>• Enseñarle la terapia ocupacional.</li><li>• Implementar la Musicoterapia</li><li>• Fomentar la Terapia de reminiscencias (ver fotos).</li></ul>	La paciente expresa que las terapias le han servido para acercarse más a sus familiares y se siente contenta de poder asistir al CCOAPS.

## 5. EVALUACIÓN DEL CASO

Con respecto a la apreciación de los resultados obtenidos de las intervenciones de enfermería se logró que la paciente, mejorará su función articular, con lo que tomó mayor interés para participar en actividades dentro y fuera de su hogar; sin embargo, no realiza toda la rutina de ejercicios, así como los dispositivos le cuesta trabajo utilizarlos, por lo que se recomendó a los familiares que estén al pendiente de que los lleve a cabo.

En cuanto a las recomendaciones sobre el ambiente se observó, que este se encuentra libre de obstáculos, se reajustó su bastón, sin embargo la colocación de barandales en las escaleras, así como calzado inadecuado continúan ya que carecen de recursos económicos.

Referente a su familia se tuvo comunicación con el hijo, el cual está conciente de la enfermedad de su madre y tiene interés en apoyarla en sus decisiones, se acordó que algún familiar la llevará al CCOAPS.

Es importante hacer notar el cambio de actitud que tuvo desde el comienzo de las visitas hasta el final, ya que lleva a cabo varias de las recomendaciones como el aseo bucal, desarrollo de la rutina para ir al baño, el vestirse casi completamente sin ayuda, etc.

La evaluación de las actividades permitió juzgar la calidad de atención, así como señalar cuáles problemas aún no están resueltos como el asistir a una terapia, acudir con un médico geriatra, los cuales indican que es necesario continuar con este proceso de retroalimentación.

## VII. CONCLUSIONES

Los principales problemas de movilidad y postura que se presentan en los adultos mayores, se deben a múltiples factores, entre ellos se encuentran las patologías osteomusculares como la artritis reumatoide; si a esta se le suma alteración de los órganos sensoriales, entorno ambiental y social desfavorable, lo más probable es que ocasionen que disminuya la confianza del anciano en sus propias capacidades. El paciente con artritis reumatoide puede llevar una vida normal, pero este tiene que superar de alguna forma las limitaciones que le ocasiona dicha enfermedad.

Con base a los resultados obtenidos durante la práctica comunitaria se observó el impacto que tienen diversas condiciones desfavorables para que los ancianos comiencen a aislarse o a deprimirse, por lo que se requiere que la familia los integre tanto en la familia como en la sociedad.

Un hallazgo importante en la población de San Luis Tlaxialtemalco es la falta de grupos sociales, por lo que es conveniente la creación de centros de integración donde conviva este grupo de personas que se encuentra abandonado, por lo cual sería conveniente que el trabajo de estos centros estuviera coordinado por personal especializado que implemente acciones encaminadas a prevenir complicaciones, fomente la participación, desarrolle habilidades, fortalezca procesos cognitivos, proporcionando terapia física y ocupacional; entre ellas construir, pintar, trabajar con masa, ensartar, hacer ejercicios pasivos, ejercicios con resistencia, platicar noticias, recordar fechas, etc.

Corresponde a los profesionales de la salud concientizar a la familia así como a la población en general de la importancia que tiene la integración de los ancianos en la familia y en la sociedad.

Al concluir este trabajo se reconoce la importancia de proporcionar cuidados de enfermería especializados tanto al anciano como a la familia, los cuales estén guiados por medio del proceso de atención de enfermería, en donde se incluyan las escalas de valoración en geriatría y las necesidades de Virginia Henderson; logrando así evaluar los avances que tuvo la paciente, los cuales fueron satisfactorios desde el punto de vista terapéutico.

Los resultados obtenidos con la metodología empleada en este estudio permiten considerar a esta como una guía para futuros estudios en adultos mayores que presenten alteración en la necesidad de movilidad y postura, ya que se emplea un plan de atención personalizado, el cual permite identificar las intervenciones de enfermería que son efectivas y cuales deben ser modificadas, con el fin de mejorar el estado de salud del anciano.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

ABRAMS, y cols. El manual Merck de Geriatría. Ediciones Doyma; España, 1992. 1321Pp.

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería: Guía práctica. Ediciones Doyma, España, 1988.

ALVAREZ, y cols. Diagnóstico de salud de San Luis Tlaxialtemalco. México, D.F. 2000.

ALVEREZ, J. Prevención de neuropatía periférica sensorial distal en Artritis Reumatoide. Revista Mexicana de Reumatología Vol. 11 No. 1 Enero-Febrero 1996.

ANN, M y T. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México. 1998.

BASMAJIAN, John. Terapéutica por el ejercicio. Editorial Panamericana, Argentina, 1982. 470Pp.

BROCKLEHURST, J.C. Tratado de clínica Geriátrica y Gerontológico. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1975. 727Pp.

BRUCE, Robert. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Segunda edición. Editorial Massan, Barcelona, 1999. 623Pp.

BUCHWALLALLD, Edith. Rehabilitación física para la vida diaria. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México, 1978. 189Pp.

CARNEVALLI, y cols. Tratado de Geriatría y Gerontología. Editorial Interamericana McGraw-Hill, México, 1998. 755 Pp.

COWDRY, y col. Cuidados del paciente geriátrico. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, D.F., 1982.

DE NICOLA, Pietro. Geriatría. Editorial manual moderno, México, 1985. 304Pp.

DOVAL, y cols. Evaluación de la Salud en el anciano. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1997. 229Pp.

EXTON, Smith. Tratado de Geriatría. Editorial Pediátrica, Barcelona, 1988.

FERNANDEZ, F. Carmen. El proceso de atención de Enfermería, estudio de casos. Editorial Científicas y Técnicas, España, 1993. 115Pp.

GIBSON. Enfermedades reumáticas. Editorial manual moderno, México, 1989. 227Pp.

HOPKINS, H. Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana, España. 1998. 998Pp.

HOWARD, Rusk. Medicina de rehabilitación. Editorial Interamericana, México, 1982. 571Pp.

KASCHAK, Diane. Planes de cuidados en Geriatría. Editorial Mosby Doyma, España, 1995. 321Pp.

LANGARICA, Raquel. Gerontología y Geriatría. Editorial Interamericana, México, 1987.

LUCKENOT, A. Valoración en Geriatría. Primera edición. Editorial Interamericana. España, 2002.

NANDA. Diagnósticos de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación 2002-2001. Editorial Harcourt. España 2001.

RIOPELLE, y cols. Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. Primera edición. Editorial Interamericana. España, 1997.

RODRIGUEZ, H. Valoración del estado de salud del paciente reumático y su relación con la familia. Revista mexicana de Reumatología. Vol.12 No 1. Enero-Febrero 2000.

RODRIGUEZ, y cols. Geriatría. Primera edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. España, 1999.

RUIPEREZ, y cols. El paciente anciano. Ediciones Interamericana, Madrid. 1998. 598Pp.

SALGADO, Alberto. Manual de Geriatría . Editorial La Prensa Médica Mexicana México, 1994. 596Pp.

STABB, y cols. Enfermería Gerontológica. Editorial Interamericana, México, 1998. 476Pp.

SCOTT, J. Que hay de cierto sobre la artritis reumatoide. Primera edición. Editorial Asociados México. México, D.F. 1961.

SMELTZER, y cols. Enfermería medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Editorial Interamericana, México.1998.

STEDMAN, Thomas. Diccionario de ciencias médicas. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993. 784Pp.

SIMON, y col. Enfermería Gerontológica. Editorial Interamericana, México, 1998. 476Pp.

SMITH, y cols. Enfermería práctica de Lippincott. Editorial Interamericana, México, 1995. 1687Pp.

TOHEN, Alfonso. Medicina Física y Rehabilitación. Tomo 2. Editorial Librería Acuario, México, 1982. 674Pp.

URDEN, y cols. Cuidados intensivos en enfermería. Editorial Harcourt-Oceano. España, 2002.

WELLER, Carmen. Diccionario enciclopédico de Ciencias de la Salud. Editorial Interamericana, México, 1997. 1056Pp.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# **ANEXOS**

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

*EPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO.*

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO.

I DATOS GENERALES:

Institución: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tiene derecho a algún Servicio de Salud: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_

II APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Con quién vive: \_\_\_\_\_ Trabajo anterior: \_\_\_\_\_  
De donde obtiene sus ingresos: \_\_\_\_\_  
Cubre sus necesidades: \_\_\_\_\_  
Cuenta con algún apoyo comunitario: \_\_\_\_\_  
Pertenece a algún grupo: \_\_\_\_\_  
Problemas de salud en los últimos tres años: \_\_\_\_\_  
Dispone de transporte cuando necesita salir del hogar: \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar más cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

III VALORACIÓN DE NECESIDADES.

1.- Necesidades de oxigenación:

F.C.: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ T.A.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

2.-Necesidades de Nutrición e Hidratación:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

3.- Necesidades de eliminación:

Orina: Color: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
Ph: \_\_\_\_\_ Densidad: \_\_\_\_\_ Proteína: \_\_\_\_\_  
Sangre: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ Cetona: \_\_\_\_\_

Heces: Color: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ Consistencia: \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_ Configuración: \_\_\_\_\_  
Presencia de sangre: \_\_\_\_\_

Sudor: Cantidad: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

4.- Necesidad de movimiento y postura:

---

---

---

---

---

Escalas de valoración sobre:

- Actividades de la vida diaria básicas: \_\_\_\_\_
- Actividades de la vida diaria instrumentadas: \_\_\_\_\_
- Marcha: \_\_\_\_\_
- Balance: \_\_\_\_\_

5.- Necesidades de descanso y sueño:

---

---

---

---

---

6.- Necesidades de usar prendas de vestir adecuado:

---

---

---

---

---

7.- Necesidades de Termoregulación:

Temperatura: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

8.- Necesidades de higiene y protección:

---

---

---

---

---

Inmunizaciones: \_\_\_\_\_

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: \_\_\_\_\_

9.- Necesidad de evitar los peligros:

---

---

---

---

---

10.- Necesidad de comunicación:

---

---

---

---

---

Calidad de la interacción familiar (Familiograma anexo): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

---

---

12.- Necesidad de trabajo y realización:

---

---

---

---

---

13.- Necesidad de Jugar o Participar en actividades recreativas:

---

---

---

---

---

14.- Necesidad de Aprendizaje:

---

---

---

---

---

IV.- Medicamentos: prescritos, no prescritos o medicina tradicional.

NOMBRE DE FÁRMACO	DOSIS	FRECUEN CIA	FECHA DE INICIO	ULTIMA TOMA	REACCIÓN ALÉRGICA

Sabe para qué toma cada uno de los medicamentos: \_\_\_\_\_

Desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: \_\_\_\_\_

---

Realiza algún control adicional con su tratamiento médico como son:

- Dieta: \_\_\_\_\_
- Ejercicio: \_\_\_\_\_
- Control de T.A. \_\_\_\_\_
- Registro de pulso: \_\_\_\_\_
- Registro de respiración: \_\_\_\_\_
- Control de glucosa en sangre: \_\_\_\_\_
- Control de glucosa en orina: \_\_\_\_\_

Revisión periódica de:

- Visión: \_\_\_\_\_
- Audición: \_\_\_\_\_
- Papanicolaou: \_\_\_\_\_
- Prostática: \_\_\_\_\_
- Memoria: \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_
- Control de anticoagulantes: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia visita al médico: \_\_\_\_\_

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: \_\_\_\_\_

Utiliza medicina alternativa: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuál: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien la realizó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adaptado del modelo de Virginia Henderson por:  
Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez.  
Coordinadora.

REMP/CAS.

SECCION DE SALUD MENTAL. Hoy le preguntaré acerca de su salud en general y me servirá de un cuestionario para facilitar la obtención de la información. Las primeras preguntas tienen por objeto verificar el estado de su memoria.

Pts Max. Pts Obt.

5	___ ¿Que fecha es hoy? (años, estación, mes, día, fecha completa).	TOTAL 1 [ ]
5	___ ¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país).	TOTAL 2 [ ]
3	___ Nombre 3 objetos (1 por segundo) Pida al sujeto que los repita. (lápiz, llave, libro)	TOTAL 3 [ ]
5	___ Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o desde 20 de 3 en 3), hasta 5 respuestas.	
3	___ Pregunte por los 3 objetos aprendidos.	
2	___ Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.	
1	___ Que repita la frase "no voy si tu no llegas temprano".	
3	___ Que cumpla la siguiente orden verbal: Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.	
1	___ Que lea la frase: "cierre los ojos".	
1	___ Que escriba una oración.	
1	___ Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados).	

>23 CONTINUE CON LA SIGUIENTE SECCION;

DE 19 A 23 PREGUNTE ESCOLARIDAD, SI ES ANALFABETA CONTINUE

SI <13, O BIEN 13-19 CON ESCOLARIDAD PRIMARIA O SUPEROR, CONTINUE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE.

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

1. BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA

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

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

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

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

[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por 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. ALIMENTACION:

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

CALIFICACION KATZ:

TOTAL 1[ ] 2[ ] 3[ ]

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

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

		1a.	2a.	3a.
A. Capacidad para usar el telefono				
1. lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1	---	---	---
2. marca sólo unos cuantos números bien conocidos	1	---	---	---
3. contesta el teléfono pero no llama	1	---	---	---
4. no usa el teléfono	0	---	---	---
B. Compras				
1. vigila sus necesidades independientemente	1	---	---	---
2. hace independientemente sólo 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, sólo 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 sólo 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 sólo pequeñas cosas	1	---	---	---
3. todo se lo tienen que lavar	0	---	---	---
F. Transporte				
1. se transporta sólo	1	---	---	---
2. se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1	---	---	---
3. viaja en transporte colectivo acompañado	1	---	---	---
4. viaja en taxi o en auto y acompañado	0	---	---	---
5. no sale	0	---	---	---
G. Medicación				
1. es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	---	---	---
2. se hace responsable sólo si le prepara por adelantado	0	---	---	---
3. es incapaz de hacerse cargo	0	---	---	---
H. Finanzas				
1. maneja sus asuntos independientemente	1	---	---	---
2. sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0	---	---	---
3. es incapaz de manejar el dinero	0	---	---	---
cuenta en sexo masculino sólo si vive sólo	TOTAL:	1[ ]	2[ ]	3[ ]

**EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI**

Instrucciones: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúan:  
20A. BALANCE.

			1a.	2a.	3a.
1. Balance sentado:	Se va de lado o resbala = 0	Firme y seguro = 1			
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz sin brazos = 2	Capaz pero usa brazos = 1			
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz a la primera = 2	Capaz en más de un intento = 1			
4. Balance inmediato al levantarse (5 seg.)	Estable pero c/ apoyo físico = 1	Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable sin ningún apoyo = 2			
5. Balance de pie	Inestable = 0 Estable con base normal de sustentación = 2	Estable pero con amplia base de sustentación (>10 cms) o apoyo físico = 1			
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma de la mano sobre el esternón 3 veces)	Comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1	Esta 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 "saile")	Duda o intenta "arrancar" más de una vez = 0	No titubea = 1			
11. Longitud y elevación del paso:					
a. Balance del 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 el 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:	Balaceo marcado o usa apoyo físico = 0 No balaceo, no flexión = 2	No hay balaceo 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			[ ]	[ ]	[ ]

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

	1*	2*	3*
	si/no	si/no	si/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 DEMAS?	└┬	└┬	└┬
15. ¿PIENSA USTED QUE ES MARAVILLOSO 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:	[ ]	[ ]	[ ]