



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Proceso Atención de Enfermería aplicado a un paciente con demencia senil de tipo Alzheimer en el servicio de Enfermería Universitaria en el hogar

Que para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia presenta:

CRUZ TORRES YENI
Nº Cuenta: 403015573

Asesora: Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril.

México, D. F. Octubre del 2007



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.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Pedro Cruz Cruz y a Ma Asunción Torres Cayetano por la gran confianza brindada y el apoyo incondicional que me permitió llegar a la culminación de un reto mas de mi vida, ser una profesionalista su mejor herencia.

A la UNAM-ENEO por ser una universidad de excelencia y que en ella me abrieron puertas para adquirir conocimientos, experiencias que me permitirán desempeñarme como profesional en una sociedad exigente.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS: Agradezco en primer lugar al Dios todo poderoso por su amor misericordia, salud, confianza, sabiduría, tolerancia, promesas, esfuerzos, paz y seguridad que me brinda en los problemas y por que me ha conservado con vida, salud, inteligencia, me ha guiado y cuidado hasta hoy.

UNAM-ENEO: Por brindarme la oportunidad de tener una formación académica.

A mis padres (Pedro y Ma Asunción): A quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: Amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por esto y más... Gracias.

A mis Hermanas y Hermanos (Gerardo, Juliana, Pedro, Yolanda, Raúl,): No es fácil llegar, se necesita ahínco, lucha, ejemplo y deseo, pero sobre todo apoyo incondicional como el que he recibido durante este tiempo por parte de cada uno de ustedes. Ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto. Gracias por lo que hemos logrado.

Efraín y Benjamín: A ustedes hermanitos gracias por su sacrificio, comprensión, apoyo, tolerancia, acompañamiento, cariño, experiencia y sobre todo paciencia para darme siempre lo mejor a mi y por estar siempre en la adversidad para salir siempre adelante, los quiero mucho.

A mis cuñadas, cuñados (Manuela,Roberto, Araceli,Severiano, Virginia):Gracias por su cariño y por los momentos de aliento y apoyo incondicional.

A mis Sobrinos (Hector, Carlos,Eduardo,Jhovany,Jhoany,Octavio y Yair) y Sobrinas(Vanessa,Yoselyn,Yessenia,Julissa,Brenda,Julybeth,Thalia,Akemy,Na yeli,Belen):Por su cariño gracias .

A mis amigos (Marbeya, Laura, Lilia, Lidia, Álvaro, Artemio, Germán y demás): Agradezco la eterna paciencia que tenéis, el apoyo incondicional que brota de vuestro Ser, vuestra Luz que reside en su corazón y que sin ella no hubiera conseguido la Plenitud y la Paz que siento. GRACIAS por vuestra amistad Amigos y que Dios os bendiga y reparta su Gracia a todos Vosotros.

A Rover: Gracias por llegar en uno de los momentos más difíciles de esta etapa; tu amor, acompañamiento, exigencias lograron impulsarme un poco más para terminar una fase mas de mi vida.

A mi madrina Celia: Por ser una de las personas que siempre brindó su apoyo incondicional cuando fuese necesario y que ha visto mi crecimiento académico desde mi infancia hasta llegar al nivel profesional.

A mis Maestros: Gracias a todos mis maestros por que cual velita encendida se fueron consumiendo a si mismos para darme su luz de su conocimiento, gracias por vuestra paciencia, por vuestra simpatía, por vuestra comprensión, y recuerden que lo que ustedes han sembrado durante estos años pasados, pronto darán sus más exquisitos frutos.

A mi Asesora (Martha Lilia Bernal Becerril) :Un agradecimiento muy especial que como directora de este presente trabajo, me ha brindado un apoyo incondicional, colaborando en todo momento con su orientación y conocimientos demostrando su confianza y calidad como docente.

A lic. Querubín Enríquez Gózales y lic. Ma de Lourdes Ildelisa Sierra Torrescano: Agradezco su apoyo, asesoramiento y disponibilidad en las las observaciones realizadas para una mejor presentación del presente trabajo demostrando en todo momento su nivel profesional y como docente.



ÍNDICE

	Pág.
I.- Introducción.....	08 - 10
II.- Objetivos.....	11
General.	
Específicos.	
III.- Marco Teórico.....	12- 57
1.- Modelo de Virginia Henderson.	
2.- Proceso de Atención de Enfermería en el Anciano.	
3.- Proceso del Envejecimiento:	
3.1 Teorías del Envejecimiento.	
3.2 Cambios del proceso del envejecimiento en la Satisfacción de las necesidades del anciano.	
4.- Patología General:	
4.1 Demencia Senil de Tipo Alzheimer.	
4.2 Nutrición en la enfermedad de Alzheimer.	
IV.- Metodología de Trabajo.....	58- 59
V.- Valoración.....	60- 66
5.1 Ficha de Identificación.	
5.2 Síntesis Valorativa.	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



VI.- Plan de Cuidados.....	67- 99
VII.- Plan de Alta.....	100-110
VIII.- Conclusiones y Sugerencias.....	111-112
IX.- Bibliografía.....	113-114
X.- Anexos.....	115-118

Instrumento de valoración realizado por la Maestra Martha Copca Garibay en el SEUH(Servicios de Enfermería Universitaria en el Hogar).



I.-INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no responde a la definición sencilla al menos en términos biológicos, no es simplemente el lapso del tiempo, sino la manifestación de acontecimientos biológicos que tiene lugar en un periodo de tiempo. La población mundial esta envejeciendo; se estima que para el año 2050 el porcentaje de individuos de la tercera edad aumentará del 8 al 21% y en México uno de cada cuatro ciudadanos será mayor de 65 años (Hyver). Si bien las demencias no se presentan de forma exclusiva en la población geriátrica su prevalencia aumenta de manera considerable con la edad. A los 65 años alrededor de 1% de la población la presentará y duplicará su prevalencia, por lo que a los 80 años aumentará en un 30% de los ancianos, se verán afectados y para la décima década estas cifras superarán un 50%. Su presencia se ha relacionado con un mayor grado de dependencia funcional un mayor riesgo de institucionalización, mayor consumo de recursos y una reducción significativa de la calidad y expectativa de vida que permite el mayor auge y demanda en la atención domiciliaria.

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por el deterioro significativo en las funciones cognitivas de un sujeto con respecto a su nivel previo al desempeño y resultado en deterioro de su funcionalidad. La demencia de tipo Alzheimer en la mayoría de los casos son de aparición tardía después de los 60 años y sin antecedentes familiares importantes de la misma enfermedad, la enfermedad parece ser un trastorno heterogéneo con una interrelación de una serie



de factores genéticos y adquiridos a lo largo de la vida que convergen en un cuadro de demencia.

El proceso del envejecimiento tiene implicaciones físicas, psicológicas y sociales por lo que se necesita tener un mejor entendimiento y perspectiva aplicando un modelo que permita al profesional de enfermería abarcar a la persona de forma individual y colectiva en comunidad, domicilio o institución.

El modelo de Virginia Henderson es una alternativa que considera la individualidad y el desarrollo del sujeto cualquiera que sea su etapa de vida, hace énfasis en el uso de medidas de enfermería que favorecen la autonomía y funcionalidad de las personas; su construcción teórica es muy abierta lo que da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptar las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situaciones de cuidado, permite la colaboración multidisciplinaria, da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que actúan entre sí, reconoce que la persona posee el potencial de cambio, afrontamiento, interrelación con los demás con su entorno, permite utilizar la taxonomía de la NANDA y el formato PES para formular problemas identificados, el profesional establece la relación de sustituta, ayuda y compañera.

El cuidado individualizado se brinda mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería siendo éste un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo familia o comunidad con el fin de planear, ejecutar el cuidado de enfermería. La aplicación de ésta metodología



exige al profesional de enfermería habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices, entre otras, para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, éste instrumento en la práctica profesional asegura la calidad de los cuidados al sujeto en atención; además permite hacer participe al individuo de su propio cuidado; ofrece una atención individualizada, continua y de calidad, facilita la comunicación y concede flexibilidad .

La enfermera que trabaja con pacientes ancianos se esfuerza por identificar y evaluar aquellos componentes de la persona (amigos, familiares, recursos económicos, espiritualidad) para optimizar la autosuficiencia e identificar las limitantes; los datos requeridos para lograr el conocimiento de la persona deben ir mas allá del aspecto biomédico porque en el anciano la enfermedad puede manifestarse en su juicio como pérdida de alguna función constituyendo esta pérdida el indicador mas significativo para la identificación y seguimiento de su evolución, siendo habitual que se presente una función mas alterada que otra. El empleo de un marco holístico conceptualiza la atención de enfermería dirigida a la persona que lleven a un significado de adaptación al nuevo estilo de vida.



II.- OBJETIVO GENERAL

Utilizar la metodología del proceso de Atención de Enfermería para poder proporcionar los cuidados para promover, conservar el máximo de capacidades y ofrecer calidad de vida del individuo con Demencia Senil y ayudar a los familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar cuidados de enfermería de acuerdo a diagnósticos y necesidades detectadas.
- Integrar conocimientos para que en base a una concepción histórico social, concibamos una vez más a los individuos como ser integral.
- Identificar necesidades y establecer un plan de cuidados con fundamento científico del cómo actuar como profesionalista de la Enfermería.
- Prevenir las complicaciones de la enfermedad o invalidez en el paciente mediante el cuidado brindado.
- Mantener la vida del paciente con dignidad, seguridad y bienestar.
- Reforzar las habilidades, aptitudes, destrezas y memoria para un mejor funcionamiento orgánico y fomentar el entorno sin riesgos para el paciente y lograr la adaptación a los nuevos cambios de su estilo de vida.



III.- MARCO TEÓRICO.

1.-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Iª Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publicó su "Definición de Enfermería", en 1966 perfiló su Definición en el libro: "The Nature of Nursing".¹

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración-de-la-salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

¹ 1 RIOPELLE, L; PHANEUF, M.; GRONDIN, L Repertoire Diagnostics infirmiers selon le modele de V. Henderson. Montréal: MC GRAW HILL, 1986.ADAM, E. Op. Cit. Pp 25



META PARADIGMA:

PERSONA: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

ENTORNO: Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores: Físicos (aire, temperatura, sol, etc.)
Personales (edad, entorno cultura, capacidad física e inteligencia).

SALUD: Capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas, similares a las de Maslow. Siete relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

ENFERMERÍA: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.



La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero".

ASUNCIÓN DEL MODELO: El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente, dependiente e interdependiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respiración.
- 2º.- Nutrición e hidratación.
- 3º.- Eliminación.
- 4º.- Movilidad y postura.
- 5º.- Higiene y protección de la piel.



6º.- Termorregulación.

7º.- Vestido.

8º.- Descanso y sueño.

9º.- Evitar los peligros.

10º.- Comunicación.

11º.- Aprendizaje.

12º.- Trabajo y realización. .

13º.- Actividades recreativas. .

14º.-Creencias y valores.

2.-PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ANCIANOS.

VALORACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: La valoración consiste en una recogida de datos exhaustiva, responde a la identificación de la situación de salud en la que se encuentra el anciano al que va a prestarse cuidados.²

El objetivo fundamental de la valoración es reunir la información precisa, concreta y necesaria, mediante los datos que se pueden obtener del propio anciano o de su familia, que ayudará a determinar los problemas y sus posibles causas, así como las capacidades de que dispone para la búsqueda de soluciones. Es importante tener presente la participación del anciano en su valoración, a pesar de presentar

² ADAM, E. Être infirmière: Un modele conceptuel. 3ª id. Montréal: Etudes Vivantes, 1991, pp 25.



problemas en la expresión de sus dificultades. Si es preciso, deberá recurrirse a la persona más cercana directamente implicada en su cuidado.

SEGUNDA ETAPA: EL ANÁLISIS Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS. Una vez recogida la información oportuna sobre la situación de la persona, hay que analizar e interpretar los datos con el fin de programar los cuidados oportunos y ofrecer soluciones a los problemas planteados. La interpretación de los datos permite explicar el origen o la causa de un problema de dependencia y detectar los factores que contribuyen a ella, es decir permitirá conocer las fuentes de dificultad. Éstas pueden ser un déficit de la fuerza física o psíquica (capacidades sensoriales, cognitivas o motoras), de la motivación o de los conocimientos para cuidar la propia salud o para afrontar una nueva situación que requiera algún tipo de adaptación o conocimientos específicos.

Se valora los recursos internos (capacidades, compromiso, motivación, esperanza) que tiene la persona anciana para restablecer la satisfacción de sus necesidades, así como los recursos externos de que dispone, como pueden ser las ayudas técnicas, transitorias o permanentes, en casos de incapacidad funcional, la adecuación de un entorno protésico en el caso de incapacidad física o mental, o la ayuda de los cuidados informales de familiares, vecinos o amistades, o de los cuidados formales, ya sea a través de profesionales o voluntarios.

TERCERA ETAPA: LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS: Es frecuente que la persona anciana presente varios diagnósticos de enfermería y/o problemas de enfermería, por ello es indispensable que se establezca un orden de



prioridades. A menudo la persona pide ayuda a la enfermera para tomar estas decisiones.

Mantener y/o mejorar el nivel de salud y de calidad de vida suele ir asociado a un cambio de hábitos, cuanto éstos forman parte de uno mismo, de las creencias y valores que uno ha ido adquiriendo a lo largo de toda una vida, el anciano puede vivir esta modificación como una pérdida, más que como una ganancia o como algo positivo para él. Por tanto, es fundamental que la persona anciana pueda identificar lo que más le preocupa o lo que le ocasiona malestar y su posible causa. Este problema, conjuntamente con el más urgente, será el punto de partida de la planificación.

A partir de aquí, la enfermera y el anciano establecen conjuntamente los objetivos que le permitirán a este último, resolver o disminuir sus dificultades y serán el punto de referencia para evaluar los logros conseguidos. Cuanto más claros, realistas, concretos y medibles sean los objetivos, mejor cumplirán su cometido. Si partimos de la idea que los cuidados a los ancianos van dirigidos a reforzar sus capacidades, sus conocimientos y/o su motivación, y que la finalidad es que la persona pueda satisfacer sus necesidades o aceptar la ayuda de su entorno cuando ésta se hace necesaria o imprescindible, será conveniente planificarlas de forma paulatina. Cuando el anciano y su familia se hayan responsabilizado y hayan integrado una actividad en su vida cotidiana, quizá sea el momento de plantear un nuevo reto, siempre que estén dispuestos a asumirlo.

CUARTA ETAPA: LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS: En esta etapa hay elementos fundamentales para que el anciano y su familia se



impliquen en los cuidados planificados, entre ellos, contar con sus experiencias y sus recursos personales, así como asociar cualquier cuidado con su soporte relacional. Respecto a las experiencias y los recursos personales, cabe decir que a lo largo de su vida la persona anciana y a veces sus enfermeras(os) pueden haber desarrollado sus capacidades creativas y de imaginación. El soporte relacional se sustenta en una actitud de acompañamiento, de respeto y de interés auténticos, reconociendo y aceptando la diferencia del otro. Desarrollar habilidades de comunicación (escucha activa, empatía, respeto incondicional.) permitirán a la enfermera ayudar al anciano y a su familia en la ejecución de las actividades que le permitan satisfacer sus necesidades.

QUINTA ETAPA: LA EVALUACIÓN COMO ELEMENTO DE RETROALIMENTACIÓN DEL PROCESO: En esta etapa se determina si las acciones que realiza la persona anciana y/o su entorno le han permitido alcanzar los objetivos marcados en la planificación. De esta forma se evalúa si el anciano ha mejorado, mantenido o recuperado el nivel de satisfacción adecuado de sus necesidades.

3.-PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.

3.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO: El proceso del envejecimiento, normalmente progresivo, se ve afectado de diferentes maneras en los distintos individuos de acuerdo a diversos factores, tanto endógenos, sobre los que no podemos actuar (la edad, el sexo, la raza, factores genéticos, etc.), como exógenos, sobre los que sí



podemos influir a través de medidas preventivas que traten de evitar los factores nocivos que acortarán la esperanza de vida de la población anciana.

1.-TEORÍAS FISIOLÓGICAS: Tratan de explicar el proceso de envejecimiento apoyándose en mecanismos fisiológicos:

TEORÍA DEL DETERIORO ORGÁNICO: Explica el proceso desde el punto de vista del deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo. Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular, o bien la pérdida de células irreemplazables, sería uno de los tipos de agentes causales del deterioro.³

TEORÍA INMUNOLÓGICA: Explica el fenómeno del deterioro del sistema inmunitario observando una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.

TEORÍA DEL ESTRES: Pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo que da el resultado de la tensión a la que se está sometidos durante la existencia.

2.-TEORÍAS BIOQUÍMICAS Y METABÓLICAS: El paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.

³ Hyuver C et al: Geriatría, Editorial MANUAL MODERNO, 2006, pp. 371-399.



TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO: Se observa que con el paso del tiempo se van acumulando diversos cuerpos pigmentados, como la lipofucsina, en el interior de las células, especialmente en las células que no se dividen como las neuronas o las fibras musculares estriadas; estos productos a la larga afectarían a las funciones celulares.

TEORÍA DE LAS INTERCONEXIONES O DEL ENTRECRUZAMIENTO: Esta teoría se fundamenta que con la edad se producen alteraciones por uniones de naturaleza fuerte o débil entre dos o más moléculas; aunque individualmente consideradas son uniones reversibles, se irían acumulando con el tiempo y producirían la alteración de funciones fisiológicas celulares. Las interconexiones llevarían aparejado un aumento de la viscosidad de dicho medio, siendo por tanto afectado el flujo de nutrientes y la eliminación de productos de desecho.

TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES DE OXÍGENO: Esta se basa en que los radicales libres producidos en las vías metabólicas de organismos aerobios están implicados en el envejecimiento. Una de las comprobaciones experimentales de esta teoría, todavía en desarrollo, se fundamenta en el control de la producción de radicales libres mediante la manipulación de la dieta. Dietas hipocalóricas con poca producción de radicales libres disminuyen la aparición de determinadas enfermedades y aumentan la longevidad en muchas especies.

TEORA DE LOS RADICALES LIBRES MITOCONDRIALES: Sostiene que el envejecimiento celular podría verificarse a partir de la liberación de radicales libres mitocondriales, más agresivos, con relación a la menor capacidad de defensa de la célula, que actuarían sobre el ADN mitocondrial; y así arrancarían el



proceso de envejecimiento celular, al ser entonces la célula incapaz de abastecerse de energía. En todo caso se sabe que los radicales libres se encuentran involucrados en múltiples procesos fisiológicos y patológicos, sobre todo neurodegenerativos, entre los que se encuentran la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington, la enfermedad de Alzheimer y el cáncer.

3.-TEORÍAS GENÉTICAS: Son las que actualmente reciben mayor atención, dado que los fenómenos biológicos relacionados con la edad parecen tener su base en acontecimientos que se producen en el sistema genético.

TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE ERROR: La pérdida de secuencias únicas del ADN daría lugar al deterioro. La existencia de secuencias repetidas de ADN podría ser una estrategia evolutiva para retrasar la inevitabilidad del acontecimiento, actuando como un mecanismo de reserva para proteger información vital de errores al azar de ADN.

TEORÍA DE LA MUTACIÓN SOMÁTICA A PARTIR DE LAS ALTERACIONES DEL ADN. El envejecimiento se generará a partir de una serie de lesiones a nivel del ADN nuclear, teoría que posteriormente se matizaría por otros autores que achacarían la causa al ADN mitocondrial, el cual provocaría los decrementos fisiológicos característicos del envejecimiento. Estas mutaciones serían aceleradas por factores exógenos como las radiaciones o los agentes químicos, mientras que la protección frente a estos agentes enlentecería el deterioro.

TEORÍA DE LA PROGRAMACIÓN GENÉTICA: En el genoma está marcada una secuencia determinada de acontecimientos que se expresa de forma ordenada



durante el ciclo vital y que podrá ser afectada tanto por factores exógenos como endógenos que darían la variación individual en la evolución prevista.

3.2.-CAMBIOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL ANCIANO.

1.- NECESIDAD DE RESPIRACIÓN: Para satisfacer esta necesidad, se dispone de un correcto aparato respiratorio que permita el proceso de la ventilación pulmonar (inspiración + espiración), y de un adecuado sistema cardiocirculatorio que posibilite el transporte y difusión de los gases. En el caso del anciano, los cambios que presenta, respecto a esta necesidad, están en relación a su proceso de envejecimiento desde el punto de vista físico/biológico, fundamentalmente, y de las condiciones de su entorno.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Respira de forma silenciosa, rítmica, sin esfuerzo y con una frecuencia que oscila entre las 15-25 respiraciones por minuto. Mantiene una frecuencia cardiaca entre 70-80 pulsaciones por minuto. Conserva una adecuada respuesta tusígena que le posibilita eliminar al exterior un producto mucoso transparente, no muy abundante y poco espeso, lo que le permite mantener permeables las vías aéreas. Presenta un sistema de transporte e intercambio aéreo adecuado a sus requerimientos orgánicos; del cual son la piel, mucosas y faneras cálidas y de coloración rosada. Trata de mantener, dentro de su entorno más cercano, un ambiente limpio y saludable, libre de contaminación.



DIMENSIÓN FÍSICO / BIOLÓGICA

Cambios físicos: Modificación de la caja torácica, reducción / modificación de las estructuras anatómicas (pulmón, corazón y vasos), pérdida de elasticidad a todos los niveles, disminución de la función respiratoria, modificaciones anatomofisiológicas de otros sistemas orgánicos que tienen relación con los actos de la respiración: músculo esquelético, sanguíneo, digestivo, etc. Una actividad física moderada y sistemática favorecerá cambios significativos.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Tendencia a una respiración menos profunda y abdominal. Tos imitativa y menos eficaz. Cansancio fácil. Suspiros frecuentes. Uso de músculos accesorios en situaciones de mayor demanda. Ruidos respiratorios (roncus). No es capaz de mantener un ambiente limpio saludable, libre de contaminación (entorno cercano-domicilio).

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN: La ingesta adecuada de los alimentos, así como las cantidades de los nutrientes básicos, es imprescindible para que el anciano pueda tener el aporte energético necesario para desarrollar las AVD (actividades de la vida diaria), sentirse vital y prevenir procesos de enfermedad que pueden ser frecuentes en la población anciana. Es importante garantizar una dieta equilibrada con el aporte de líquidos que se corresponde con el envejecimiento. Al ser esta necesidad también de vital importancia para la supervivencia del individuo, requiere por parte de la enfermera una intervención y un seguimiento continuado.



MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Conoce los alimentos y los nutrientes que le aportan esos alimentos. Puede desplazarse para la adquisición de los mismos. Tiene los recursos económicos suficientes para adquirirlos. Es capaz de elegir los alimentos en función de sus gustos, posibilidades económicas y requerimientos nutricionales. Realiza la elaboración de los mismos de forma sana y adecuada a los cambios del proceso de envejecimiento. Realiza la ingesta de los alimentos de forma correcta en cuanto a los ritmos, cantidades, masticación, deglución, etc.

DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA

Los cambios sensoriales relacionados con el gusto y el olfato, que modifican la capacidad de degustar los alimentos; o disfunciones visuales que dificultan, en algunos casos, las posibilidades de adquisición o elaboración de las dietas son algunos de los indicadores que deben ser tomados en cuenta.

La valoración de la capacidad funcional –desplazamiento, elaboración de dietas- o la actividad física realizada de forma sistemática –gasto energético-, orientarán sobre la posibilidad de adquisición de los alimentos así como sobre el tipo y la cantidad de los mismos.

En cuanto a los cambios de los órganos o sistemas, es importante el estado de la boca estado de las piezas, prótesis, fuerza de presión o estado de las encías. Es importante destacar que muchos de los deterioros que presenta la cavidad oral del anciano son el resultado de hábitos que se han practicado durante años. Ejemplo claro de ello es el estado de las piezas o pérdidas que presentan. Los cambios funcionales del aparato digestivo –disminución de la motilidad, disminución de



secreción enzimática, propias del proceso del envejecimiento deben ser compensadas con las adecuadas orientaciones dietéticas.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta déficit cognitivos que no le permiten elegir alimentos sanos. Déficit funcional que le impide la adquisición y elaboración de las dietas. Realiza una ingesta inadecuada ya sea por déficit o por exceso.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: En el anciano la insatisfacción de esta necesidad le producirá cambios importantes en todas las áreas de su vida. Problemas de relación y de salidas al exterior, de higiene, de dependencia de otras personas e incluso económicos, son algunos ejemplos que reflejan la importancia de la eliminación en la cotidianidad del anciano.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Conserva hábitos eliminatorios adecuados como: ORINA: Elimina en 6 – 8 micciones entre 1.200 – 1.400 cc/día, de una orina amarilla, clara, de olor débil, ligeramente ácida y de una densidad semejante a la del agua. HECES: Evacua, en horario y ritmo regular, 1-2 veces cada 1-2- días un producto fecal de color marrón, de olor fuerte y consistencia compacta. Mantiene hábitos higiénicos relacionados con los actos de la eliminación, orientados a la prevención de infecciones. Conserva las capacidades psicomotoras suficientes para responder, convenientemente y a tiempo, al estímulo.

DIMENSIÓN FÍSICO / BIOLÓGICA

Modificaciones anatomofisiológicas de los propios sistemas renal y digestivo: Reducción / modificación de las estructuras anatómicas. Pérdida de tono



muscular a todos los niveles. Disminución de la capacidad vesical. Hipertrofia prostática en los varones. Peristaltismo disminuido. Modificaciones anatomofisiológicas de otros sistemas orgánicos pero que tienen relación con los actos de la eliminación: Reducción de la actividad física. Debilidad de la musculatura pélvica y / o de los soportes anatómicos.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta una modificación en su eliminación del tipo de: Incremento en la frecuencia de las micciones. Goteo/Incontinencia leve de orina al aumentar la presión abdominal (risa, tos, levantar peso). Urgencia urinaria. Polaquiuria (Frecuencia mayor de una micción cada dos horas). Nicturia (más de dos micciones en la noche). Eliminación ocasional de orina antes de llegar a tiempo al lugar apropiado. Goteo tras la micción. Reducción en la cantidad y fuerza del chorro de micción. Esfuerzo excesivo y/o doloroso para defecar. No conoce las medidas higiénicas básicas en relación a la eliminación vesical y fecal. Deja de realizar actividades de ocio o recreativas con otras personas por miedo a poner de manifiesto algunos de los aspectos comentados anteriormente. Desconoce los efectos secundarios de algunos medicamentos respecto a la satisfacción de esta necesidad.

4.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA: La respuesta del anciano a la satisfacción de la necesidad de movimiento requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar actividades de la vida diaria (AVD.), ya sea deambulación, alineación corporal, autocuidados (alimentación, acicalamiento, baño, etc). Garantizar que las diferentes



estructuras (sistema osteoarticular y neuromuscular), dentro de la dimensión física, así como el resto de las dimensiones sociales/situacionales y psicológica, permanezcan en las mejores condiciones. De tal forma que, el anciano dentro de su contexto (domiciliario) y su entorno comunitario concreto (barrio, ciudad o pueblo), pueda satisfacer su necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura. Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Es autónomo en la realización de sus actividades cotidianas o AVD, se percibe como tal y es capaz de generar los cambios necesarios de su entorno que le permitan seguir disfrutando de ese nivel de autonomía física. Tales como la adaptación de mobiliario, adecuación de puntos de luz, o la eliminación de obstáculos que favorecen el riesgo de caídas o limitan la actividad. Mantiene posturas alineadas y anatómicamente correctas en situación erecta y en situación de reposo, y es capaz de buscar, si lo necesita, los dispositivos de apoyo apropiados a sus necesidades de deambulación, alimentación, higiene, etc.

DIMENSIÓN FÍSICA

La pérdida de masa ósea se encuentra íntimamente unida a los cambios de actividad física, cambios hormonales, metabólicos y neurológicos propios de la etapa evolutiva en la que se encuentra el individuo anciano. Esta pérdida (disminución de masa ósea) es la que hace que el riesgo de lesiones (fracturas) en el anciano sea más alta que en otros grupos de población. En relación con la masa muscular, la disminución de fuerza de presión, rigidez y atonía son algunas de las



evidencias que podemos detectar. En cuanto a las estructuras articulares – superficie articular, elasticidad de los tejidos (cartílago) etc, provocan, junto con los cambios óseos y musculares, una reducción de la capacidad de movimiento del individuo anciano respecto a otras etapas anteriores de su vida. Estos cambios potencian que el anciano modifique la forma y el ritmo de ambulación, y que mantenga posturas poco alineadas o anatómicamente incorrectas. Dentro de la dimensión física, además de los cambios del sistema osteoarticular, es preciso tener presentes los cambios sensoriales que pueden condicionar significativamente la capacidad de respuesta del anciano a esta necesidad. Las disfunciones visuales y auditivas aparecen como limitaciones importantes en la capacidad de movimiento.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Necesita ayuda parcial o total para dar respuesta a las actividades cotidianas o actividades de la vida diaria propias de su edad y entorno sociocultural como pueden ser alimentación, deambulación, vestirse, etc. Se siente dependiente respecto a cualquiera de las actividades, lo que le lleva a disminuir su actividad física. Manifiesta desconocimiento de las dimensiones (físicas, social/situacional o psicológicas) que intervienen en esta necesidad, lo cual le impide actuar de forma preventiva.

5.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL: Tener una piel limpia, sana, cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. La piel se prolonga en las mucosas: nasal, bucal, anal, genital, y está dotada de faneras: uñas, cabellos, dientes. Todas participan en misiones de protección muy importantes: Eliminación



de residuos, absorción de sustancias beneficiosas como cremas o pomadas, etc, para lo cual es necesario que se encuentren limpias y cuidadas.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Realiza diariamente la higiene personal según sus hábitos y costumbres. Ofrece un olor agradable. Realiza correctamente la higiene bucal tras cada comida. Mantiene limpios y cuidados el cabello y las uñas. Mantiene limpias, cuidadas e hidratadas sus mucosas. Cuida sus prótesis. Presenta una piel limpia, suave, lisa y flexible, sin alteraciones ni lesiones.

DIMENSIÓN FÍSICO/BIOLÓGICA

La pérdida de elasticidad y deshidratación cutáneas la hacen más vulnerable. Las uñas se vuelven frágiles y duras. La actividad física favorece la circulación y al facilitar la eliminación de residuos por la piel, ayuda a mantenerla limpia).

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Aparecen modificaciones en sus hábitos higiénicos: Aspecto externo descuidado. Olor corporal desagradable. Manchas en la ropa: sudor, orina, restos de comida. Placa dental y/o halitosis. Prótesis sucias mal cuidadas y/o mal ajustadas. Lesiones en piel o mucosas.

6.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: El organismo ha de conservar una temperatura más o menos constante autónoma y dentro de unos límites que permitan el adecuado funcionamiento corporal. El mantenimiento de una temperatura corporal constante se debe a la acción de dos mecanismos opuestos: termogénesis o producción de calor por el metabolismo celular, y termólisis, o



eliminación de calor por diferentes mecanismos corporales (transpiración, respiración).

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Mantiene una temperatura corporal alrededor de los 35°C (tomada en axila durante 10 minutos y con una temperatura ambiental de entre 18 – 23°C). Su piel y mucosas son rosadas, tibias y mantiene una transpiración mínima. Reacciona equilibradamente a los cambios ambientales de temperatura. Conoce y pone en marcha mecanismos que ayuden a su adaptación corporal a los cambios externos de temperatura: cubre su cabeza, usa un abanico, etc. Usa ropa adecuada en cantidad y calidad respecto de la temperatura externa a la que está expuesto.

DIMENSIÓN FÍSICA/BIOLÓGICA

Un aporte calórico adecuado. Una correcta eliminación. Una actividad física moderada. Un sueño y descanso reparadores. Una higiene con los medios adecuados.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.

Desde un punto de vista fisiológico su organismo no puede controlar cambios como: Fluctuaciones en la temperatura corporal. Ligeras variaciones en las constantes vitales: pulso, respiración y/o tensión arterial. Cambios de color y temperatura sobre todo en zonas distales: uñas, orejas, etc. Reacción disfuncional al calor y/o al frío. Piloerección disminuida. No realiza una ingesta adecuada de líquidos. Presenta falta de sudoración. No usa una vestimenta adecuada respecto a la temperatura ambiente.



7.- NECESIDAD DE VESTIDO: Para el anciano esta necesidad es importante ya que, desde su perspectiva social y psicológica, se corresponde con lo que es y ha sido a lo largo de su historia personal.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Elige correctamente el tipo de ropa y calzado que necesita respecto a la actividad que va a realizar (paseo, descanso, ejercicio físico, etc.) climatología, estado físico que presenta y a sus propios gustos. Mantiene un buen estado de la vestimenta (limpieza, roturas, etc.). Diferencia los tejidos (naturales, que permiten una buena transpiración) y los materiales más adecuados a sus necesidades (calzado de piel preferentemente). Manifiesta una correcta capacidad psicomotora que le permite vestirse y desvestirse de forma autónoma. Manifiesta un estado de bienestar general respecto al vestir y desvestir.

DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA:

Cambios en la termorregulación –propias del proceso de envejecimiento- protección y cuidado de la piel, capacidad psicomotora, estado de los pies, formas de ambulación, actividad física que desarrolla, etc; son algunos de los aspectos importantes.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Un anciano puede ser considerado dependiente respecto a la necesidad de vestirse y desvestirse cuando: Presenta limitaciones del área motora (fuerza, tono, amplitud de movimiento, etc.) que le impiden vestirse o desvestirse de forma autónoma (colocarse el traje, pantalón, camisa, abotonarse, bajar o subir cremalleras, etc.). Utiliza ropa o calzado no adecuado a sus cambios o necesidades



(zapato de calle para la realización de ejercicio físico, tejidos artificiales que no permiten una buena transpiración de la piel, ropa demasiado ajustada a su estructura corporal, etc.). Muestra desinterés por el estado de la vestimenta. Ropa o calzado viejo o con rotos, sucio o con mal olor, etc.).

8. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: El sueño se define como la interrupción periódica de conciencia, durante la cual el organismo recupera la energía necesaria para el restablecimiento físico de las funciones corporales y consecuentemente para el desarrollo de la actividad que desempeñamos en la fase diurna. El organismo durante esta etapa de sueño, disminuye sus funciones fisiológicas –pulso, respiración, tensión, metabolismo, etc.; y permite que se liberen las tensiones acumuladas a lo largo del día. La disminución de las horas de sueño o de descanso o la alteración en el ritmo de las mismas, generan problemas de insatisfacción en el anciano que se reflejarán en todas las áreas de su vida diaria. Sensación de cansancio, irritabilidad, disminución de la actividad física, etc; son algunas de las consecuencias que se observan. Para poder efectuar una correcta valoración de la necesidad de sueño y descanso en el anciano es necesario recordar que durante el sueño se dan una serie de fases o etapas (cinco en total) que de forma progresiva van de un sueño más superficial (1ª etapa) a fases de sueño más profundo (4ª etapa) para alcanzar una última etapa (5ª) que se denomina REM (Movimiento ocular rápido) y se corresponde con el nivel de sueño más profundo asociado al acto de soñar. Durante las horas de sueño, el individuo pasa de forma cíclica por cada una de estas etapas. El anciano presenta una mayor cantidad de tiempo



dedicado a las fases de sueño más ligero y una menor cantidad de tiempo a las fases de sueño profundo.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Un anciano presenta un alto nivel de satisfacción respecto a la necesidad de sueño y descanso cuando después de haber dormido entre 5 y 8 horas, descanso nocturno, se siente recuperado, es decir ha disfrutado de un sueño reparador, se siente con energía para realizar las actividades del día y presenta un estado tranquilo y relajado.

DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA

El proceso de envejecimiento normal hace que el anciano necesite una menor cantidad de horas de sueño de forma ininterrumpida, aunque demanda periodos cortos de descanso a lo largo del día. Necesita más tiempo para dormirse y se despierta más fácilmente y más temprano. Puede que algunos ancianos no alcancen la 4^a etapa del sueño en algunos ciclos y que los periodos de sueño REM sean más cortos. Los cambios fisiológicos que aparecen en el sistema nervioso, como la disminución del número de neuronas, la capacidad sensorial y motora, así como la eficacia de los neurotransmisores pueden ser los responsables de algunos de los cambios que presenta el anciano respecto al patrón del sueño. Una adecuada actividad física en el anciano a lo largo del día es fundamental para que el organismo se inicie en la etapa de descanso. Del mismo modo, un exceso de peso, excesivas siestas diurnas o de periodos de inactividad, actúan negativamente en la necesidad de sueño y descanso.



MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

El tiempo de sueño nocturno se modifica significativamente respecto a su patrón habitual (o por debajo de 5 horas). Aumenta el número de veces que se despierta durante la noche, manifiesta insatisfacción respecto al descanso, se muestra irritable, fatigado y con poca energía para la realización de las actividades de la vida diaria. Manifiesta no conocer las condiciones que debe reunir para posibilitar un buen descanso (condiciones de la habitación, de la cama, ritos, etc.).

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: El mantenimiento de un entorno seguro que corresponda con los cambios que presenta la etapa de la vejez es el objetivo básico que hay que cubrir. Los cambios orgánicos del área neurológica, área cognitiva, capacidad de adaptación, dificultades en la deambulaci3n, dificultad en la adecuaci3n de la vivienda, pueden aparecer como aspectos que limitan la seguridad del anciano. Es una de las necesidades m3s globales que tiene el individuo y que por tanto estar3 m3s interrelacionada con el resto de necesidades.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Es capaz de adaptar su entorno m3s cercano –domicilio- a los cambios que presenta. Realiza las AVD de forma segura. Conoce los cambios sensoriales propios de su edad y actúa en consecuencia. Realiza, si es que lo tiene, el tratamiento terapéutico de forma correcta. En definitiva, es capaz de mantener un entorno seguro que le prevenga de las agresiones, accidentes, le proporcione seguridad y estabilidad.



DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA.

Hay Cambios del sistema inmunológico, sistema nervioso (disminución del nº de neuronas, receptores). Cambios sensoriales, disfunciones visuales, auditivas, gustativas, cambios del sistema osteoarticular, modificación en las formas de deambulación y mantenimiento de la postura, presencia de patologías y consecuentemente medicación. Cambios en la termorregulación, etc.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta déficit cognitivos que no le permiten identificar los peligros. No adecua sus actividades y su entorno a los cambios propios del proceso de envejecimiento que afectan de forma significativa a esta necesidad. No es capaz de actuar de forma preventiva respecto a los posibles riesgos de las patologías y sus tratamientos farmacológicos.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Comunicarse es un proceso dinámico verbal y/o no verbal, presente en todas las etapas del desarrollo humano, que posibilita el intercambio de información, experiencias, sensaciones, sentimientos, opiniones, etc. entre las personas, y entre éstas y su entorno.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Es capaz de comunicarse, oral y/o gestualmente, de forma acorde con sus semejantes y con su entorno. Expresa sus opiniones y recibe las de los demás en un clima siempre de respeto. Tiene una imagen y un concepto de sí mismo que se corresponde con la realidad. Mantiene las capacidades físicas e intelectuales necesarias para acceder a la información exterior y para la exteriorización de sus



reacciones tanto intelectuales como emotivas. Siente y exterioriza su sexualidad como adecuada, satisfactoria y gratificante.

DIMENSIÓN FÍSICA/BIOLÓGICA

El estado físico y la afectación que el proceso de envejecimiento haya originado en los diferentes sistemas orgánicos (músculo esquelético, neurológico, sensorial, órganos de la fonación, genitourinario, etc.) son hechos importantes que hay que considerar en el mantenimiento de la independencia de esta necesidad.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Dificultad para expresar verbalmente los pensamientos. Dificultad para comunicarse efectivamente con otros: Trastornos del habla o del oído, barreras culturales, hospitalización, padecer un proceso que se acompañe de rechazo social (SIDA, tuberculosis, sífilis). Fallos al enviar/recibir mensajes claros. Incapacidad para aceptar/recibir ayuda adecuada. Sensación de falta de pertenencia a un grupo social. Sensación de falta de contacto con personas significativas. Alteración en el logro de satisfacción sexual.

11.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE: La capacidad de aprendizaje de las personas está condicionada por una gran cantidad de factores, entre ellos la etapa del ciclo evolutivo donde se encuentre. Desde un punto de vista general, en las edades más tempranas es más fácil aprender e integrar nuevos conceptos, actitudes y destrezas. Esta capacidad se va deteriorando con el paso de los años, sobre todo a partir de cierta edad.

En el caso de la población anciana, y en relación a su capacidad de aprendizaje, el aspecto más importante que hay que tener en cuenta es qué tipo de aprendizaje es



relevante y qué utilidad práctica tiene lo que ha aprendido o lo que pretendemos que aprenda. Es decir, para qué le sirve en sus actividades de la vida diaria.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Es capaz de relacionar los conocimientos o las destrezas adquiridos a lo largo de su vida con nuevas demandas referidas a las actividades de la vida diaria. Manifiesta interés por aprender. Es capaz de integrar los nuevos conocimientos con sus conocimientos previos. Es capaz de identificar sus propias carencias de conocimientos –útiles o significativos para él. Manifiesta estrategias que le permiten controlar sus posibles limitaciones: disciplina en la secuencia que debe seguir en el desarrollo de un procedimiento, reglas nemotécnicas que facilitan el recordar datos o información significativa, etc. Se angustia si no puede seguir el ritmo de los nuevos conocimientos que presenta nuestra sociedad actual.

DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA

Cambios significativos del Sistema Nervioso o modificaciones sensoriales – visuales y acústicas- deben ser tenidos en cuenta dentro de esta dimensión.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta déficit cognitivos que no le permiten identificar los peligros. No adecua sus actividades y su entorno a los cambios propios del proceso de envejecimiento que afectan de forma significativa a esta necesidad. No es capaz de actuar de forma preventiva respecto a los posibles riesgos de las patologías y sus tratamientos farmacológicos. Manifiesta dificultades importantes en relación a la capacidad de memorizar y al nivel de comprensión. No es capaz de relacionar conocimientos del mundo actual con aprendizajes que adquirió en etapas anteriores.



12.- NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS: En el anciano, debido a que no existe frontera entre el tiempo laboral y el de ocio, mantener su tiempo ocupado con actividades que le permitan ser útil a los demás, divertirse y desarrollar su creatividad, utilizando al máximo su potencialidad, es una necesidad básica que ha de satisfacer para conseguir un estado de equilibrio físico y emocional.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Realizar actividades de forma individual y/o grupal, recreativa y social, que le permiten desarrollarse y valorarse como persona. Elegir entre las distintas alternativas que se le ofertan. Manifestar orgullo, alegría, placer, etc. por ello.

DIMENSIÓN FÍSICA/BIOLÓGICA

La capacidad física y la afectación que el proceso de envejecimiento haya originado en los diferentes sistemas orgánicos (músculo esquelético, neurológico, sensorial.) son factores determinantes para mantener la independencia en este aspecto.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Expresa de forma verbal valoraciones negativas sobre sí mismo (inutilidad). Manifiesta dificultad para tomar decisiones. Se encuentra aburrido, triste, retraído, etc. Manifiesta comportamientos que se corresponden con una interacción social no satisfactoria.

13.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES: Toda persona necesita estar integrada en un grupo social, donde existe una escala de valores y creencias que determinan a su vez el valor moral y ético de los comportamientos que se ponen de manifiesto. En el caso del anciano estas creencias y valores tienen un peso



importante ya que están impregnadas de todo el recorrido personal vital. Lo que han aprendido, han practicado, han utilizado como unidad de medida para los que le rodean, reflejan de alguna manera estas creencias y valores. Lo que consideran moral o éticamente correcto o incorrecto se corresponde con la filosofía que ha guiado sus vidas. Al llegar a la etapa de la vejez, al igual que en otras áreas, las creencias y valores parecen adquirir más intensidad en la vida del anciano. Es el referente que les ayuda a analizar el momento histórico y el contexto en el que se encuentran.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Comparte con otros estas creencias y valores. Tiene posibilidad de practicar los actos que se corresponden a sus creencias. Es capaz de convivir con otras personas, aunque no compartan la misma escala de valores. Es capaz de dar sentido a su vida desde sus valores y creencias.

DIMENSIÓN FÍSICA Y/O BIOLÓGICA

En esta dimensión, posiblemente el estado del sistema nervioso sea el más significativo. Un anciano que presente cambios degenerativos importantes respecto a este sistema puede poner de manifiesto comportamientos que no se relacionan con las creencias y valores que ha mantenido a lo largo de su vida.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA:

Se siente desarraigado de su grupo social. Presenta limitaciones en su capacidad funcional que no le permite realizar las prácticas religiosas o humanitarias. No es capaz de manifestar sus creencias y valores por miedo a que no se le respete o a crear conflictos dentro del núcleo familiar. Ha experimentado



pérdidas significativas que no es capaz de explicar a través de sus creencias, encontrándose en un conflicto personal que se corresponde con falta de referentes para entender la vida.

4.- PATOLOGIA.

4. 1.-DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER.

La demencia es un cuadro adquirido y permanente que afecta a una o a varias funciones superiores y que tiene como consecuencia un deterioro de la vida sociolaboral de la persona. Se entiende la demencia como un defecto cognoscitivo de severidad suficiente para interferir con la vida social del paciente, asociando un déficit en la memoria o en alguna otra área cognoscitiva como el lenguaje, la praxis, el manejo viso espacial, la agnosia sensorial, etc.

Los caracteres comunes y fundamentales son:

Adquirido (la diferencia del retraso mental congénito). Persistente y con nivel de conciencia normal (la diferencia de la confusión). Afectación de varias funciones mentales superiores: Lenguaje, memoria, emoción o personalidad, cognición, etc.).

Incapacidad social, laboral y emocional. A fin de desterrar concepciones erróneas, conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Los fallos amnésicos no son la base para el diagnóstico de la demencia: Aunque una primera fase se caracteriza por los olvidos, con frecuencia la pérdida de memoria reciente es difícil de distinguir del deterioro de la memoria asociado a la edad.



b) La demencia no es una consecuencia normal de la edad: El proceso de envejecimiento ocasiona modificaciones psicofísicas pero no deteriora la capacidad organizativa ni el contenido de los procesos mentales.

c) La demencia no solamente es debida a la arterioesclerosis cerebral.

d) No hay nada que hacer ante la demencia.

➤ AZLHEIMER

GENERALIDADES:

Fue diagnosticado por primera vez en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, descubrió primero las características patológicas de la enfermedad en una mujer de 51 años quien manifestaba delirios de persecución, alteraciones de la memoria desorientación en tiempo y persona, anormalidades del lenguaje e impedimentos de la comprensión.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por ser un padecimiento degenerativo primario del SNC que comienza en etapas intermedias o tardías de la vida y que se caracteriza por un desorden cognitivo. La frecuencia aumenta con la edad. No distingue clase, nivel socioeconómico ni cultura o religión. Afecta por igual a hombres y mujeres. Mayor frecuencia en gente mayor de 65 años.

ETIOLOGIA:

Desconocida sin embargo el estudio de científicos, médicos e investigadores indican que cada vez hay mas evidencias de que se trata de una enfermedad de origen genético en los cromosomas 1, 12, 14, 19 y 21.



FACTORES DE RIESGO:

Virus. Agentes tóxicos o ambientales. Campos electromagnéticos. Anormalidades de la membrana neuronal: En un TAC se observa atrofia cortical con reducción en la densidad del cerebro, disminución de la superficie de la corteza ensanchamiento de los surcos y dilatación de los espacios ventriculares especialmente en el tercer ventrículo.

Formación de filamentos: Se observan redes o marañas neurofibrilares que están compuestas por un filamento helicoidal (enrollado en una doble hélice) se forman en la parte media e inferior del lóbulo temporal. Intoxicación por acumulación cerebral de sales de aluminio: Se han encontrado depósitos intercelulares de aluminio y silicatos en las neuronas que presentan alteraciones neurofibrilares. Esto se da por la afinidad por el aluminio en las neuronas dañadas por el paciente.

SINTOMAS:

Los primeros síntomas pueden no ser percibidos fácilmente por que se parecen a los signos similares del envejecimiento: Pérdida progresiva de la memoria. Confusión y desorientación en tiempo y espacio. Repetir a cada rato la misma pregunta. Perder las cosas, dejarlas o esconderlas en lugares poco usuales. Mostrar agitación, inquietud o nerviosismo. Quererse ir de la casa argumentando que esa no es su casa. Perderse o extraviarse, incluso en su propia colonia. No poder reconocer a familiares cercanos. Mostrarse cansado, callado o deprimido, irritable y agresivo. Presentar alucinaciones, ver cosas que no son o escuchar ruidos que no existen.



La progresión del Alzheimer se divide en 4 estadios:

ESTADIO I: Tiene duración de 2 a 4 años aproximadamente. Su comienzo es insidioso y a veces difícil de detectar, lo más característico son las alteraciones amnésicas (fallos en la memoria reciente) se observa pérdida de la iniciativa y desinterés por las actividades y tareas cotidianas, así como trastornos emocionales o del afecto, generalmente depresión tales como agitación, alteraciones del sueño y anorexia. En respuesta a un estímulo cualquiera puede surgir las reacciones manifestada en forma de risa, llanto, hostilidad o inmovilidad.

ESTADIO II: Durante 3 a 5 años se caracteriza por la alteración en las funciones instrumentales u operativas es decir en las afacias, apraxia y agnosias, las afasias es de tipo mixto alterándose la comprensión auditiva y escrita, así como la expresión verbal y por lo tanto la comunicación. Sin embargo, la capacidad para leer en voz alta y para repetir palabras o frases pueden permanecer intactos o levemente alterados en muchos pacientes.

La agnosia no es infrecuente. La agnosia digital puede verse cuando está implicado el lóbulo parietal dominante se observa acalculia (incapacidad para realizar operaciones aritméticas simples) y agrafia. Cuando la afección cortical parietal se encuentra en el lóbulo no dominante se puede observar anosognosia (ignorancia de la presencia de la enfermedad), paragnosia (dificultad para distinguir partes del cuerpo) y prosopagnosia (dificultad para reconocer caras familiares).

La apraxia puede observarse cuando el hemisferio dominante es el afectado resulta una apraxia ideomotriz en la que el paciente es incapaz de realizar una tarea a través de una orden verbal, esta forma de apraxia es habitual junto con la afasia,



durante este estadio el paciente no podrá recordar nombres, sucesos recientes muy probablemente los inventará en un intento de superar la situación embarazosa que producen sus fallos de memoria. Desorientado en el tiempo con frecuencia olvida citas y conmemoraciones familiares, dejará sus objetos personales en cualquier sitio con la única intención de quejarse después a veces muy ruidosamente de que alguien se los ha quitado.

ESTADIO III: Es de duración variable muy en dependencia con la agresividad de la propia enfermedad, de los cuidados higiénicos dietéticos recibidos por el entorno familiar, se acentúa la rigidez y aparece cierta espasticidad, paratonía (resistencia inconstante a los movimientos pasivos,) hay apatía intensa, incontinencia de esfínteres total, caídas, fracturas, consistentes en la deambulación, arrastre de los pies con momentos de parada y finalmente el estado de incapacidad por la apraxia de la marcha.

No se reconoce ante un espejo y habla con su imagen especular, no reconoce a las personas allegadas, aparece la coprografía –coprofilia y la urolagnia. Debido a la severa alteración de las apraxias más elementales, los enfermos precisan ayuda para todas las actividades de la vida diaria, haciéndose muy penosa su atención en hogar.

ESTADIO IV: Con la apraxia de la marcha y la extrema confusión y debilitamiento sobreviene el encamamiento adoptando la postura fetal (paraplejia en flexión) con las caderas y rodillas flexionadas hacia el abdomen y los talones reposando sobre los muslos terminando en la anquilosis y la atrofia muscular severa, ay desarrollo de úlceras por presión la alimentación y líquidos es por sonda naso gástrica. Muerte



por sepsis de foco urinario, desnutrición, deshidratación, encamamiento por proceso cardiovascular.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica. Examen de orina y sangre. Examen neurológico rayos X, TAC, EGG, RM. Examen del estado mental y psicológico.

TRATAMIENTO: Infortunadamente, no existe cura para la enfermedad de Alzheimer. Los objetivos del tratamiento son: Disminuir el progreso de la enfermedad. Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación. Modificar el ambiente del hogar. Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados. Los tratamientos más prometedores abarcan cambios en el estilo de vida, medicamentos y suplementos antioxidantes como vitamina E.

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA:

Participar en un programa de caminatas supervisadas con un tutor o compañía confiable. Esto puede ayudar a mejorar las habilidades de comunicación y disminuir el riesgo de andar deambulando. Utilizar la terapia de luz brillante para ayudar a reducir el insomnio y el deseo de deambular. Escuchar música relajante que puede reducir los intentos por deambular y la inquietud, incrementar los químicos cerebrales, mitigar la ansiedad, aumentar el sueño y mejorar la conducta. Conseguir un perro como mascota. Practicar técnicas de relajación. Recibir masajes regulares que son relajantes y suministran interacción social.



COMPLICACIONES:

Pérdida de la capacidad para desempeñarse o cuidar de sí mismo. Úlceras por decúbito, contracturas musculares (pérdida de la capacidad para mover articulaciones debido a la pérdida de la función muscular), infección (particularmente infecciones urinarias y neumonía) y otras complicaciones relacionadas con la inmovilidad durante las etapas finales de la enfermedad. Caídas y fracturas. Pérdida de la capacidad para interactuar. Desnutrición y deshidratación. Insuficiencia en los sistemas corporales. Disminución del período de vida. Comportamiento dañino o violento hacia sí mismo o hacia los otros. Maltrato por parte de un cuidador demasiado estresado. Efectos secundarios de los medicamentos. Situaciones que requieren asistencia médica.



4.2 NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ⁴ .

Los pacientes con Alzheimer tienen un alto riesgo de desarrollar desnutrición energético–proteínica, la cual se ha asociado con aumento en la morbilidad y mortalidad. Algunos problemas que influyen sobre el estado nutricional de pacientes con Alzheimer son la pérdida de la independencia, dificultad para orientarse, desórdenes en el comportamiento para comer y deambulación frecuente; en ellos se observa pérdida de peso que tiende a incrementar con la severidad y progresión de la enfermedad, a pesar de que su ingesta de energía es mayor que en sujetos no demenciados. Respecto a la composición corporal se ha reportado que el peso, el índice de masa corporal y el porcentaje de grasa son menores en pacientes con Alzheimer comparados con sujetos no demenciados y algunos estudios han reportado que los niveles de vitamina B₁₂, tiamina, folato y albúmina son menores en estos pacientes.

⁴ Scheffer E.C: TERAPIA DE JUEGO CON ADULTOS, Editorial MANUAL MODERNO 2003 pp 171-182.

Gauntlett B.P et al. ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA, 3ª ed, Editorial HARCOURT, pp .870-1084.

Small GW, et al: Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders. JAMA 1997; 278; 1363–7.

Graeber MB, et al: Rediscovery of the case described by Alois Alzheimer in 1911: historical, histological and molecular genetic analysis. *Neurogenetics* 1997; 1:73.

Kamboh MI et al: Polymorphism and susceptibility to Alzheimer's disease. *Human Biology* 1995; 67:195–215.

http://www.neurorehabilitacion.com/ejercicio_fisico.htm, <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://www.gobiernodecancarias.org/sanidad/scs/tfe/17/images/tfio53.gif&imgrefurl=>



Es fundamental evaluar periódicamente el estado de nutrición de estos pacientes, para proporcionar un adecuado aporte de energía y nutrimentos, con la finalidad de mantener un estado nutricional aceptable. Los pacientes con EA tienen un alto riesgo de desarrollar desnutrición energético-proteínica y se ha asociado con aumento de infecciones, úlceras por presión, fracturas de cadera, disfunción cognitiva, anemia, y por lo tanto con incremento en la morbilidad y mortalidad. Algunos problemas que se presentan en la demencia y que influyen sobre el estado nutricional son: la pérdida de la independencia, dificultad para orientarse y desórdenes en el comportamiento para comer ; por lo general éstos van aunados a los cambios propios de la sexta década de la vida, como la disminución de estatura, redistribución del tejido adiposo, disminución de masa muscular, pérdida de agua corporal y de densidad ósea; asimismo la anorexia, gastritis, deterioro de los sentidos del gusto y olfato, son aspectos que ocasionan deficiencias nutricionales .

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden presentar alteraciones en su estado de nutrición respecto a la pérdida de peso, composición corporal e indicadores bioquímicos.

PÉRDIDA DE PESO CORPORAL: En los individuos con Alzheimer con frecuencia se observa pérdida de peso, que incrementa el riesgo de infecciones, úlceras en piel y caídas; lo que consecutivamente disminuye su calidad de vida; lo cual indica que dicha pérdida tiende a incrementar con la severidad y progresión de la enfermedad; por lo tanto la pérdida de peso es un predictor de mortalidad entre sujetos con Alzheimer. Se ha reportado que los pacientes con EA pierden peso corporal, a pesar



de que su consumo de energía es mayor o igual que sujetos controles, que por lo general ocurre en etapas avanzadas y que en muchos casos es inevitable.

MECANISMOS RESPONSABLES DE LA PÉRDIDA DE PESO

Los mecanismos que pueden ser responsables de la pérdida de peso en diferentes etapas son:

1. Etapas tempranas de la enfermedad: Hay deterioro del olfato y del gusto, disminución en la ingesta de alimentos debido al deterioro funcional por ejemplo para ir de compras y preparar alimentos; aumento de los requerimientos de energía por deambulación o agitación, aislamiento social, depresión y presencia de otras enfermedades.

2. Etapas avanzadas de la enfermedad: Los pacientes no reconocen los alimentos, olvidan comer, tienen incapacidad para comer por sí mismos y dependen de alguien para ser alimentados, además presentan anorexia y disfagia. La anorexia puede ocurrir en estadios avanzados de la enfermedad y asociarse con la pérdida de peso, esto puede ser debido al deterioro en los sentidos del gusto y del olfato o a una disminución del apetito por efecto de medicamentos como los opioides, asimismo a desórdenes neuropsiquiátricos asociados con la enfermedad como la pérdida de memoria, desorientación y deterioro del juicio. La disfagia está relacionada con el riesgo aspiración, neumonía, deshidratación crónica y desnutrición.

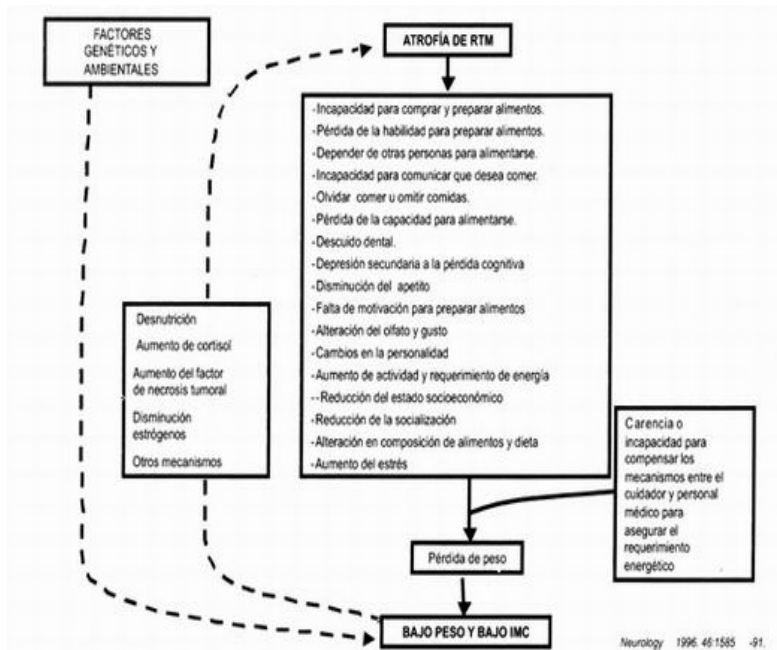


Figura 1. Posible modelo de relación de la atrofia de la región temporal mesial (RTM) y bajo IMC en enfermedad de Alzheimer.

En sujetos normales la pérdida de peso debida a la restricción de alimentos y a la desnutrición se ha asociado con niveles elevados de cortisol sérico. En pacientes con EA los niveles de cortisol están elevados, en respuesta a la carga de glucosa, los niveles elevados de cortisol se correlacionan con volúmenes hipocampales pequeños. El hipocampo es un sitio que en la EA podría causar pérdida de peso por influir en la conducta del apetito y la alimentación y los niveles de cortisol han sido asociados con deterioro cognoscitivo acelerado. El bajo peso corporal puede contribuir a la presencia de niveles elevados de cortisol en algunos pacientes con EA, la exposición prolongada a cortisol elevado puede inducir a incremento en el daño hipocampal, atrofia de las estructuras de la región temporal mesial y deterioro de la demencia. El IMC bajo en la EA puede ser resultado de una combinación de influencias genéticas, biológicas, de comportamiento y ambientales; la atrofia de la



región temporal mesial podría estar correlacionada con el bajo peso corporal en la EA pero no causalmente vinculado a éste. Respecto a los estrógenos se ha reportado que un nivel bajo es un factor de riesgo potencial para EA en mujeres posmenopáusicas, por lo que el reemplazo de estrógenos en estas mujeres puede mejorar la cognición.

CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL: Los pacientes con EA parecen ser más delgados que la población general, el peso bajo en estos individuos puede incrementar el riesgo de úlceras por decúbito, infecciones y mortalidad; sin embargo, algún grado de pérdida de peso y redistribución de la grasa corporal entre la sexta y octava década de la vida es considerada como parte normal del envejecimiento. Se ha reportado que cuando aumenta el deterioro cognoscitivo de pacientes con EA, presentan una disminución en sus indicadores antropométricos como el peso corporal, circunferencias y pliegues cutáneos.

ALTERACIONES EN LOS INDICADORES BIOQUÍMICOS: Se han reportado que los niveles de vitamina B₁₂ y tiamina son menores en pacientes con EA al compararse con un grupo control.

TRATAMIENTO NUTRICIO:

Identificar riesgo de desnutrición: Es fundamental identificar el riesgo de presentar desnutrición en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, lo cual puede llevarse a cabo a través de la evaluación mínima del estado de nutrición (The Mini Nutritional Assessment–MNA), que es un instrumento estandarizado y validado en dos estudios



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



realizados en Toulouse (Francia) y en Nuevo México (Estados Unidos de Norteamérica). La MNA permite obtener una evaluación rápida del estado de nutrición en individuos de la tercera edad, está compuesto por los siguientes apartados: evaluación antropométrica, evaluación general, evaluación dietética y percepción de sí mismo en relación con la salud y nutrición. La puntuación obtenida permite clasificar en tres categorías el estado de nutrición: normal (24 puntos), riesgo de desnutrición (17–23.5 puntos) y desnutrición (< 17 puntos)

EVALUACIÓN MINIMA DEL ESTADO DE NUTRICIÓN			
Nombre: _____		Sexo: _____	
Teléfono: _____		Edad: _____	
		Dirección: _____	
I ANTROPOMETRIA	PUNTOS		PUNTOS
1.- Índice de Masa Corporal 0= <19 1= 19-<21 2= 21-<23 3= ≥ 23	—	10.- Úlceras de decúbito 0= sí 1= no	—
2.- Circunferencia mesobraquial 0= <21 0.5= 21-<22 1= >22	—	III EVALUACIÓN DIETÉTICA 11.- ¿Cuántas comidas realiza al día? 0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas	—
3.- Circunferencia de pantorrilla 0= <31 1= ≥31	—	12.- Consume usted: * Por lo menos una ración de productos lácteos al día * 2 o más raciones de leguminosas o huevo por semana * Carne, pescado o aves diariamente 0= 0-1 afirmativo 0.5= 2 afirmativos 1= 3 afirmativos	Sí ___ NO ___ Sí ___ NO ___ Sí ___ NO ___
4.- Pérdida ponderal en los últimos 3 meses 0= >3 Kg 1= No lo sabe 2= 1-3 Kg 3= Sin pérdida	—	13.- ¿Consume dos o tres raciones de frutas o verduras al día? 0= no 1= sí	—
II EVALUACIÓN GLOBAL 5.- ¿El paciente vive independiente? (No con sus familiares o en una institución) 0= no 1= sí	—	14.- ¿Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses? (Por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para deglutir o masticar los alimentos). 0= Pérdida severa de apetito 1= Pérdida moderada de apetito 2= No ha tenido pérdida de apetito	—
6.- El sujeto toma más de tres medicamentos al día 0= sí 1= no	—	15.- ¿Cuántos vasos de líquido consume diariamente? 0= < 3 0.5= 3-5 1= > de 5	—
7.- En los últimos 3 meses el sujeto ha sufrido de alguna enfermedad aguda o estrés psicológico 0= sí 1= no	—	16.- Modo de alimentación 0= Con asistencia 1= Autoalimentación con dificultades 2= Autoalimentación sin dificultades	—
8.- Movilidad 0= Confinado a cama o sillón 1= Confinado a su habitación 2= Puede salir al exterior sin ayuda	—	IV EVALUACION SUBJETIVA 17.- ¿Su enfermedad o alguna otra situación lo han obligado a modificar la cantidad y/o el tipo de alimentación que usted consume? 0= sí, en gran medida 1= sí, parcialmente o no lo sabe 2= ningún problema	—
9.- Problemas psiquiátricos 0= Demencia o depresión graves 1= Demencia o depresión leves 2= Ningún problema psiquiátrico	—	18.- ¿En comparación con otras personas de su edad, usted cómo considera su salud? 0= No tan buena 0.5= No lo sabe 1= Igualmente buena 2= Mejor	—
		PUNTUACION TOTAL	
Estado nutricional 24 puntos = Normal, 17-23.5= Riesgo de desnutrición, <17 puntos = Desnutrición			

Cuadro 1. Evaluación mínima del estado de nutrición (MNA)⁴¹.



Además del MNA puede utilizarse un cuestionario para detectar desnutrición en adultos mayores, que permite conocer el riesgo de presentar desnutrición a través de una puntuación que incluye aspectos sobre la salud y la alimentación, y se clasifica de la siguiente manera 0–2 puntos: Sin riesgo, 3–5 puntos: riesgo moderado y > 6 puntos: riesgo alto.

	SI
¿Tiene alguna enfermedad o condición que lo obligue a cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que consume?	2
¿Come menos de dos comidas al día?	3
¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos?	2
¿Toma 3 o más cervezas, licores o vino casi todos los días?	2
¿Tiene algún problema con los dientes o la boca que le dificulten comer?	2
¿No siempre tiene usted suficientes recursos económicos para comprar los alimentos que necesita?	4
¿Come solo la mayor parte de las veces?	1
¿Toma al día 3 o más medicinas diferentes, recetadas o sin receta?	1
¿Ha perdido o ganado 4.540 kg en los últimos 6 meses?	2
¿Físicamente no siempre puede ir de compras, cocinar o alimentarse?	2
TOTAL	

Cuadro 2. Cuestionario para identificar riesgo nutricio⁴².

Evaluación del estado de nutrición: Es importante evaluar periódicamente el estado de nutrición a través de antropometría, indicadores bioquímicos, inmunológicos y clínicos.

a. Antropometría: los indicadores antropométricos que pueden medirse son los siguientes: –Peso corporal: representa la suma de todos los componentes corporales que son la grasa, agua, proteínas, minerales y glucógeno; es de utilidad evaluar sus cambios como el porcentaje de peso ideal, porcentaje de pérdida de peso y el porcentaje de peso habitual.– Estatura: representa la suma de la altura de las extremidades inferiores, pelvis, columna vertebral y cráneo. Debido a que en los



adultos mayores es común la cifosis, la escoliosis o la dificultad para deambular; la talla puede estimarse a partir de la medida de la altura de rodilla o de la envergadura. – Pliegues cutáneos: se emplean para medir el grado de adiposidad e indican las reservas energéticas corporales. Los que se miden con mayor frecuencia son el tricpital, bicipital, subescapular y supra iliaco.

b. Indicadores bioquímicos: La albúmina sérica es la más utilizada en la práctica clínica, el nivel menor a 3.5 g/dl puede ser un indicador de desnutrición. También es de utilidad el nivel de proteínas séricas; sin embargo, al igual que la albúmina, su depleción no es necesariamente un indicador de desnutrición, puesto que sus niveles también pueden disminuir por enfermedades hepáticas, enfermedades renales, falla cardiaca congestiva, diarrea y síndrome de mala absorción.

c. Indicadores inmunológicos: En la desnutrición la cuenta total de linfocitos se observa disminuida; sin embargo, sus niveles aumentan con la presencia de infecciones o pueden elevarse en estrés metabólico, cáncer, terapia con esteroides y en el posoperatorio.

d. Indicadores clínicos: Es importante observar signos clínicos que indican deficiencias nutricionales. El edema en extremidades inferiores o región sacra puede indicar hipoproteínemia o retención de sodio, las lesiones en la piel como petequias o hemorragias subcutáneas pueden deberse a una deficiencia de vitaminas C y K. Las conjuntivas pálidas pueden indicar presencia de anemia ferropénica. La queilosis angular de los labios puede deberse a una deficiencia de riboflavina y el desprendimiento fácil del cabello a una deficiencia de zinc.



Requerimiento energético: Al estudiar el gasto energético en reposo a través de calorimetría indirecta en pacientes con enfermedad de Alzheimer, se ha encontrado que sus requerimientos de energía están incrementados significativamente al compararlos con un grupo control , y su ingesta de calorías es mayor que sujetos no demenciados .

El cálculo individual de los requerimientos de energía ha sido un problema debido a los siguientes factores.

1. El cálculo de la ingesta de energía a través de encuestas dietarias de recordatorio es inseguro, debido al deterioro cognoscitivo.
2. El uso de diferentes mediciones de la tasa metabólica basal o gasto energético en reposo para predecir las necesidades de energía.
3. La falta de exactitud sobre recomendaciones diarias de energía para los diversos estados de la enfermedad, composición corporal y actividad física del adulto mayor.

Recomendaciones de nutrimentos: Para los pacientes con enfermedad de Alzheimer se sugieren las mismas recomendaciones de nutrimentos que para los adultos mayores. Es fundamental cubrir las recomendaciones de vitaminas y minerales, cuya deficiencia es frecuente en esta etapa de la vida (piridoxina, cobalamina, folatos, tiamina, vitamina D, zinc, hierro y calcio).



NUTRIMENTO	RECOMENDACIÓN
Hidratos de Carbono	60-70% (del total de kcal.)
Lípidos	25-30% (del total de kcal.)
Proteínas	0.8 g/kg/día
Fibra	18-24 g/día
Vitaminas y minerales	
Vitamina A	1000 mcg
Vitamina D	5 mcg
Vitamina E	20 mg
Vitamina K	65 mcg
Tiamina	1.1 mg
Riboflavina	1.2/1.4 mg
Niacina	16/20.3 mg
Ácido pantoténico	4.7 mg
Piridoxina	1.6 mg
Biotina	1.6 mcg
Cobalamina	2.4 mcg
Folatos	200 mcg
Vitamina C	50 mg
Hierro	10 mg
Calcio	500 mg
Fósforo	800 mg
Magnesio	300 mg
Zinc	15 mg
Yodo	150 mcg
Selenio	60 mcg
Cobre	2.5 mg
Manganeso	S/d
Flúor	3 mg
Cromo	S/d
Sodio	500 mg
Potasio	2000 mg

Cuadro 3. Recomendaciones de nutrimentos para adultos mayores^{11,58}.

Se ha propuesto incluir en el tratamiento de la EA, el uso de antioxidantes tales como las vitaminas C y E (a dosis de 2000 UI/día durante un período de 7.4 meses, evita la oxidación de las membranas y retarda el avance de la enfermedad).

Sugerencias para mejorar la alimentación: Debido al elevado requerimiento energético y a las implicaciones nutricionales en la enfermedad de Alzheimer, es importante llevar a cabo las siguientes estrategias para prevenir la pérdida de peso y mejorar su estado de nutrición.



•Incluir en cada comida alimentos que proporcionen energía, proteínas, vitaminas y minerales• Proporcionar alimentos con alta densidad energética.• Tener una frecuencia en los tiempos de comida, para lo cual se pueden proporcionar de 5–6 comidas durante el día o colaciones entre las comidas principales.• Servir un alimento a la vez.• Proporcionar como sea posible, alimentos que puedan tomarse con los dedos, ya que no requieren de utensilios para comerse e incrementan la ingesta de energía.• Tomar suficientes líquidos.• En los casos que se presente disfagia se debe modificar la textura y consistencia de los alimentos que pueden ser suaves, purés, picados finos, o líquidos espesos. Se recomienda utilizar vajillas y cubiertos irrompibles, sentar al paciente correctamente con la espalda recta, colocar poca comida en la boca y no hablar mientras se come.

Apoyo nutricional: Para incrementar el aporte energético pueden emplearse complementos nutricionales por vía oral, en casos severos en los que el paciente no pueda consumir alimentos por esta vía se sugiere el apoyo nutricional enteral, que puede ser a través de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.



IV.-METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Al encontrarme adscrita al Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar y atendiendo principalmente a pacientes seniles, decidí elegir a un paciente con demencia de tipo Alzheimer dado que es un problema que va en franco incremento en nuestro país y es desconocido en términos generales por la población, en estos pacientes y sus familias requieren concientización, apoyo, educación y cuidados específicos que sin duda puede brindar el profesional de enfermería.

Una vez seleccionado el caso se implementaron las etapas del PAE. Para la VALORACIÓN: se recolectó la información de forma indirecta, entrevistando a su hijo e hija acerca de la salud y estado del paciente y por medio de la observación valorando el entorno teniendo como guía un instrumento de valoración de las necesidades básicas utilizado en el SEUH, tal instrumento de valoración lo conforman las 14 necesidades planteadas en el modelo de Virginia Henderson. Se realizó una segunda valoración por medio de entrevista indirecta a su hija.

Para la etapa de DIAGNÓSTICO y previa síntesis valorativa se analizaron los datos obtenidos y se clasificaron en problemas reales, potenciales o de alto riesgo se plantearon diagnósticos de acuerdo a las necesidades afectadas utilizando los formatos PES y la Taxonomía de la NANDA.



En la PLANIFICACIÓN, se elabora un plan de intervención de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas dirigido a corregir, prevenir, educar o restaurar su salud, según sea el caso, en el que se incluye enseñanza a la familia y personas encargadas del cuidado directo del paciente.

Durante la EJECUCIÓN se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería basados en una fundamentación científica y demostración de las habilidades técnico prácticas del profesional de enfermería a corto, mediano y largo plazo.

Para la EVALUACIÓN se calificó la calidad del cuidado brindado y si se lograron los objetivos planteados en la conservación de salud del paciente así como en implementar otros métodos en los no cumplidos.



V.-VALORACIÓN.

5.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: D.J. R.

Sexo: Femenino.

Edad: 92 años.

Escolaridad: Primaria concluida.

Estado civil: Viuda.

Lugar de Nacimiento: Monterrey.

Lugar de Residencia: México D.F. Pennsylvania # 222, Dpto. 002, col Nápoles, Del: Benito Juárez.

Fuentes de Datos: Srta. Ma .E.L.J

Diagnóstico de ingreso al SEUH: Cardiopatía, Problema Vasculuar, EVC.

Diagnóstico actual: Demencia de tipo Alzheimer, Cardiopatía isquémica.

DATOS DEL ENTORNO PRÓXIMO: La Sra. D J vive en la actualidad con dos de sus 6 hijos el SR H.L.J y la Srta. Ma E.L.J en el primer piso de un departamento de la Ciudad de México, el departamento esta adaptado de acuerdo a las necesidades de movilidad de la Sra y cuentan con una persona de limpieza.

5.2.-SÌNTESIS VALORATIVA.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Refieren que padece una enfermedad pulmonar desconocida, niega tabaquismo y no hay contacto con fumadores, no utiliza dispositivos para su oxigenación, su familiar refiere que es hipertensa y no utiliza



ningún dispositivo cardíaco o vascular, hace 4 años presentó embolia en miembro pélvico derecho y un cuadro de EVC hace 2 años.

DATOS OBJETIVOS: Paciente consciente con tendencia a la desorientación y confusión, coloración normal y uniforme, narinas limpias y permeables, traquea movable, tórax simétrico con disminución a la expansión pulmonar, campos pulmonares a la auscultación se encuentran ventilados. Manifiesta disnea a medianos esfuerzos, ruidos cardíacos arrítmicos con murmullo sistólico, pulsos carotideo, radial e inguinal normales y los poplíteos y pedios disminuidos en intensidad, llenado capilar de 3" y presencia de venas varicosas. Al tacto se encuentran manos y pies fríos, edema + en miembros pélvicos y en estos presenta lesión dérmica por arriba de maléolos internos.

SIGNOS VITALES: T/A : 110 /70mmHg, FC: 70 lt x min. FR: 20 x min. TEM:36.2°C.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Felodipino /ramapril 2.5mg (1/2 gragea) VO C/48hrs. Moni trato de Isosorbide 10mg (1/2 tableta) VO C/12 hrs. Digoxina 0.25mg (1/2 tableta) VO C/48hr. Acenocumarol 1 mg (1/4 tableta) VO C /12 hrs. Vitamina E 1 cápsula C/48hrs

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Los familiares refieren que consume todo tipo de alimentos, no presenta alergia a los alimentos, ingiere 1.5 lts de agua al día, niega presentar problemas hepáticos endócrinos (Diabetes Mellitus).

DATOS OBJETIVOS: Presenta cabello blanco brillante, labios rozados simétricos e hidratados, en boca tiene prótesis dental completa, con la presencia del canino inferior derecho roto, mucosa oral hidratada, reflejo nauseoso disminuido, paladar



normal y encías rosadas, lengua rosada y suave, no presenta dificultad para la deglución. Abdomen con panículo adiposo y presencia de cicatriz en la línea media.

Peso: 57 kg Talla: 1.65cm. IMC: 20.6 (un poco bajo de lo normal).

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Refieren los familiares no presentar sudoración excesiva o vómito, no presenta problemas renales o de vías urinarias, orina 3-4 veces en el pañal, presenta dificultad para evacuar y estreñimiento.

DATOS OBJETIVOS: Presencia de ruidos peristálticos disminuidos (hipomotilidad intestinal), uresis de aspecto amarillo ámbar concentrado, micciones imprevistas, se observa a la paciente no poder ir por si sola al WC, pararse, llevar a cabo la higiene genital y perianal, incapacidad para hacer funcionar el retrete, vestirse y desvestirse, micciona en pañal y retrete. Toma una actitud renuente y gestos de enfado al indicarle que se le llevará al baño.

MEDICAMENTO PRESCRITO:

Senósidos A-B (SENOKOT) 1 tableta diaria de lunes a viernes.

4.-NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:

DATOS SUBJETIVOS: Los familiares refieren dificultad para moverse y lo relaciona con falta de fuerza, tono muscular y circulación, aclara que requiere ayuda para todo.

DATOS OBJETIVOS: Hay presencia de fuerza y tono muscular disminuido, en miembro torácico y pélvico derecho presenta disminución de movimiento en articulación con facies de dolor a la extensión y presencia de contractura muscular, se observan rodillas engrosadas con contractura muscular y limitación en la



amplitud de movimiento, venas varicosas, articulaciones de los tobillos rígidas en ambas, edema de ++, muestra dificultad para incorporarse y deambular, presenta disnea, su marcha es lenta con encorvamiento y lateralizado más hacia su derecha, se apoya con ortesis (andadera) y apoyo del familiar, descansa de manera intermitente por referir cansancio, en columna vertebral se observa cifosis. Permanece la mayor parte sentada en silla de ruedas.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Lonol gel VT PRN.

5.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

DATOS SUBJETIVOS: Refieren que el baño es diario por las mañanas entre la 9-10 hrs, aseo bucal en la mañana, tarde y noche después de cada alimento, le agrada maquillarse y necesita ayuda para su baño y arreglo personal.

DATOS OBJETIVOS: Cabello, ojos, oídos, narinas, manos limpias con uñas cortas y con esmalte claro, ropa exterior limpia. Presenta llagas de gran extensión y tejido necrótico en la periferia por arriba de maléolos internos cubiertos con gasa y micropore, el del MPI esta más prominente, sensibilidad al tacto, presenta onicomycosis, descamación en espacios interdigitales y mal olor.

MEDICAMENTO PRESCRITO:

Micotex tópico 1 vez al día después de bañarse.

6.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Refiere que le agrada la temperatura cálida y su domicilio se lo proporciona.



DATOS OBJETIVOS: Utiliza ropa de algodón, manos y pies fríos al tacto, presenta facies de desagrado al contacto con objetos fríos y es especial al agua simple de beber.

7.-NECESIDAD DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL:

DATOS SUBJETIVOS: Los familiares refieren que su cambio de ropa es diaria, tiene dificultad para elegirla, le agrada la ropa de algodón, necesita ayuda para vestirse y arreglarse.

DATOS OBJETIVOS:

Usa ropa de algodón limpia, zapatos de tela confortables y de broche, con maquillaje discreto y uñas con esmalte claro.

8.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

DATOS SUBJETIVOS: Duerme de 7 –8 horas diarias con frecuentes despertares por la madrugada aproximadamente 1 –2 a.m., después de comer toma una siesta en su sillón y despierta como a las 6-7 p.m. para cenar y volver a dormir

DATOS OBJETIVOS: Presenta somnolencia cuando no esta realizando alguna actividad.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

DATOS SUBJETIVOS: Refiere tener riesgo a caídas por la disminución auditiva del lado derecha, no le han hecho una densitometría, disminución de movilidad y cambios posturales. Refieren que es alérgica a las sulfamidas.

DATOS OBJETIVOS: Nódulos linfáticos de cuellos, axilas e ingles normales, disminución de la agudeza auditiva derecha, exploración mamaria sin datos de alarma.El baño y la regadera cuenta con barandales de seguridad, piso con



antiderrapantes con espacio muy reducido. Se mantiene la mayor parte sentada en su silla de ruedas.

10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: La relación de la familia es calificada como buena la convivencia es activa, no pasa tiempos largos sola, estado verbal y sensorial es lúcido.

DATOS OBJETIVOS: Estado de conciencia confuso y desorientado en tiempo y espacio, percepciones erróneas de las personas, incapacidad para recordar cosas momentáneas, conversaciones desviadas y sin coherencia, nombra a personas ya fallecidas, hace mención de forma constante “vámonos esta no es mi casa”, hay un afrontamiento ineficaz en los episodios de demencia por parte de los familiares, por referirle” no digas esas cosas mamá, estas confundida”.se observa una relación amorosa. Sé mantiene acompañada la mayor parte del tiempo.

11.-NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

DATOS SUBJETIVOS: Religión católica, se preocupa por su familia, no toma decisiones y muestra enfado por ello, renuente en ocasiones al llevar sus actividades, pocas veces habla de la muerte, va a la iglesia a misa quedándose dormida, a veces va a cursos religiosos los domingos.

DATOS OBJETIVOS: Porta una medalla de la virgen de la concepción, en su recámara hay presencia de un libro de rezos y un rosario.

12.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Se dedicaba al hogar y al comercio, rol familiar ama de casa.



DATOS OBJETIVOS: Necesita ayuda para trasladarse de un lugar a otro, muestra semblante de enfado al no salir y agresiva por no acceder, irritable y negación a trabajar manualidades.

13.-NECESIDAD DE DISTRAERSE Y ACTIVIDADES RECREATIVAS:

DATOS SUBJETIVOS: Lee el periódico y revistas, le agrada ir a su parroquia y salir a la calle.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

DATOS SUBJETIVOS: Nivel escolar primaria, conoce su estado y menciona que no se recuperará.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



VI.-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.



1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

1.-DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA.: DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO RELACIONADO CON LA DISMINUCIÓN MIOCARDICA MANIFESTADO POR DISNEA LEVE A MEDIANOS ESFUERZOS, RUIDOS CARDIACOS ARRITMICOS, MURMULLO SISTÒLICO, LLENADO CAPILAR LEGERAMENTE LENTO 3”, MANOS Y PIES FRÍOS AL TACTO,

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

OBJETIVO: La paciente mantendrá un gasto cardiaco adecuado durante todo el proceso de su cuidado (7 meses).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar signos vitales en cada turno: Aumento o irregularidad de la FC, FR, disminución de la uresis (-30ml), cambios en el estado mental, piel fría, húmeda, cianótica, descenso del llenado capilar.	La disminución del gasto cardiaco conduce a un aporte insuficiente de sangre oxigenada para cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos.La disminución del volumen/gasto cardiaco puede provocar una hipoperfusión renal y disminución de la perfusión tisular con una respuesta compensatoria de menor circulación en extremidades y mayor frecuencia del pulso y las respiraciones.Los cambios en el estado mental pueden deberse a una hipoperfusión cerebral. La vasoconstricción y congestión venosa en áreas dependientes (extremidades) provoca cambios en la piel y en los pulsos.
Mantener al paciente en posición semifowler o Incorporar con dos o tres almohadas en su reposo;cambio de posición cada 2-4 hrs.	Para reducir el trabajo de la respiración y mejorar la ventilación y el intercambio gaseoso sobre todo en las zonas pulmonares bajas. Una posición incorporada redistribuye el flujo sanguíneo a áreas dependientes disminuyendo la cantidad de sangre que regresa al corazón.
Valorar cambios del estado mental en la paciente.	Cuando el gasto cardiaco disminuye la perfusión cerebral se ve perjudicado



	provocando un estado de confusión.
Ministrar medicamentos prescritos. Felodipino /ramipril 2.5mg (1/2 gragea) VO C/48 hrs.	Felodipino Es un Antagonista del calcio, como Ramipril un inhibidor de la ECA (enzima convertidora de la angiotensina), reducen la tensión arterial al dilatar los vasos sanguíneos periféricos. Los antagonistas del calcio dilatan los lechos arteriales, mientras que los inhibidores de la ECA dilatan tanto los lechos venosos como los arteriales. La vaso dilatación y, por lo tanto, la reducción de la tensión arterial puede conducir a la activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina. La inhibición de la ECA por ramipril disminuye la concentración plasmática de angiotensina II.
Moni trato de Isosorbide 10mg (1/2 tableta) VO C712 hrs.	Moni trato de Isosorbide se fundamenta principalmente en una dilatación de las grandes venas capacitantes, lo que da origen a una reducción de volumen sanguíneo que refluye al corazón (disminución de la precarga). Por lo que respecta a las arteriolas se produce una dilatación poco pronunciada de estos vasos. Esto tiene como consecuencia un descenso de la resistencia vascular periférica y disminución de la poscarga. Estos efectos pueden producir o no un pequeño descenso de la presión sanguínea y del volumen sistólico.
Acenocumarol 1 mg (1/4 tableta) VO C /12 hrs.	Acenocumarol , derivado de la cumarina, es un anticoagulante que actúa inhibiendo la acción de la vitamina K sobre la γ -carboxilación de ciertas moléculas de ácido glutámico localizadas en los factores de coagulación II (protrombina), VII, IX, X Y en la proteína C y sin la cual no puede desencadenarse la coagulación sanguínea. Prolonga el tiempo de tromboplastina a las 36-72 horas aprox. según la dosificación inicial. El tiempo de tromboplastina se normaliza a los pocos días de retirar el medicamento.
Digoxina 0.25mg (1/2 tableta) VO C/48hr	La digoxina inhibe la bomba Na^+/K^+ -ATPasa, una proteína de membrana que regula los flujos de sodio y potasio en



<p>C/48hr.</p> <p>Vitamina E 1 capsula C/48hrs.</p>	<p>las células cardíacas. La inhibición de esta enzima ocasiona un incremento de las concentraciones intracelulares de sodio, concentraciones que a su vez estimulan una mayor entrada de calcio en la célula. Estas mayores concentraciones de calcio son las que producen una mayor actividad de las fibras contráctiles de actina y miosina.</p> <p>VITAMINA E Llamada también tocoferol, esta vitamina liposoluble esencial para el organismo es un antioxidante que ayuda a proteger los ácidos grasos. Cuida al organismo de la formación de moléculas tóxicas resultantes del metabolismo normal como de las ingresadas por vías respiratorias o bucales. Evita la destrucción anormal de glóbulos rojos, evita trastornos oculares, anemias y ataques cardíacos.</p>
<p>Vigilar al paciente en la presencia de efectos secundarios de la medicación.</p>	<p>FELODIPINO/RAMAPPRIL: Taquicardia, palpitaciones.</p> <p>MINITRATO DE ISOSORBIDE hipotensión, taquicardia.</p> <p>ACENOCUMAROL: Se han comunicado hemorragias en diversas partes del organismo (tracto gastrointestinal, cerebro, aparato urogenital, útero, hígado, vesícula biliar, ojos) en función de la intensidad de la terapia, la edad del paciente y la naturaleza de la enfermedad de base, pero no en función de la duración de la medicación.</p> <p>DIGOXINA: Los efectos cardíacos de la digoxina incluyen diversos grados de bloqueo AV, prolongación del intervalo PR, contracciones ventriculares prematuras unifocales o multifocales, taquicardia auricular, bradicardia ventricular y disociación AV.</p> <p>VITAMINA E: No hay efectos secundarios.</p>
<p>Controlar signos y síntomas de un edema pulmonar: Disnea grave, taquicardia, tos continúa, cianosis, diaforesis.</p>	<p>Una sobrecarga circulatoria puede estar producida por el tamaño reducido del lecho vascular pulmonar, la hipoxia causa una disminución de la permeabilidad capilar que ,a su vez, hace que los líquidos entren en el tejido pulmonar</p>



	lo que provocan los signos y síntomas de edema pulmonar ahogarse en exceso de secreciones.
Evitar comidas copiosas y tomar en pequeñas cantidades los alimentos.	El Fallo Cardíaco Congestivo disminuye la circulación al estómago de forma que los alimentos avanzan lentamente a través del tracto gastrointestinal producen sensación de plenitud y distensión.
Ayudar al paciente a tomar medidas para conservar la fuerza: como descansar antes y después de las actividades (comidas ejercicio).	El descanso adecuado reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia.

EVALUACIÓN:

La paciente mantuvo un nivel de ventilación sin consecuencias, sigue presentando disnea leve a medianos esfuerzos, reponiéndose con respiraciones profundas y manteniéndola en posición semifowler, se mantuvo durante su cuidado en parámetro estándar de T/A 110/60 -130/90(4), FC 70-80 FR 20-24, T 35.9-36.5°C, TLLC 2", al concluir el cuidado no se observan complicaciones por brindar el cuidado y las intervenciones planteadas por lo que el objetivo es logrado a mediano plazo ya que las complicaciones del fallo cardíaco están latentes en tiempos posteriores.



2.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PERFUSIÓN TISULAR: CIRCULATORIA RELACIONADO CON LA DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO, REDUCCIÓN DEL FLUJO ARTERIAL Y VENOSO EN MIEMBROS PÉLVICOS, PULSOS PEDIOS DISMNUIDOS, VENAS VARICOSAS, HEMORRAGIAS PETEQUIALES.

Definición: Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

OBJETIVO: Lograr en la paciente un aumento de la perfusión tisular para mantener la piel cálida, pulsos periféricos presentes en intensidad, signos vitales en parámetros normales (7 meses).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Toma y registro de signos vitales en cada turno.	Uno de los primeros signos de agravamiento del fallo es un aumento de la frecuencia cardiaca, la disminución de la tensión arterial puede indicar una disminución del gasto cardiaco debido a una menor contractilidad del miocardio o una excesiva diuresis, una disminución del pulso o la pérdida del pulso periférico indica una reducción del gasto cardiaco, una mayor irregularidad del ritmo cardiaco indica un mayor número de contracciones auriculares o ventriculares prematuras, un signo de agravamiento del fallo o toxicidad farmacológica son parámetros esenciales que determinan el estado del paciente y la actuación del profesional de enfermería.
Valorar cambios en el estado mental.	Cuando el gasto cardiaco disminuye la perfusión cerebral se ve perjudicado provocando un estado de confusión.
Valorar cambios en la temperatura y textura de la piel, coloración y llenado capilar, presencia y ausencia de pulsos.	La coloración determina el nivel de perfusión hística y el tiempo de llenado aurícula ventricular.



<p>Cambio de posición constante o mínimo cada dos horas.</p>	<p>La pérdida de masa ósea se encuentra íntimamente unida a los cambios de actividad física, cambios hormonales, metabólicos y neurológicos propios de la etapa evolutiva en la que se encuentra el individuo anciano. Esta pérdida (disminución de masa ósea) es la que hace que el riesgo de lesiones (fracturas) en el anciano sea más alta que en otros grupos de población. En relación con la masa muscular, la disminución de fuerza de presión, rigidez y atonía son algunas de las evidencias que podemos detectar. En cuanto a las estructuras articulares –superficie articular, elasticidad de los tejidos (cartílago) etc., provocan, junto con los cambios óseos y musculares, una reducción de la capacidad de movimiento del individuo anciano respecto a otras etapas anteriores de su vida con los cuales la inmovilidad contribuye al empeoramiento de atrofia en el paciente.</p>
<p>Realizar ejercicios músculo esquelético en sesiones de 30 minutos diarios.</p>	<p>El llevar a cabo una actividad física con cierta regularidad y con una intensidad determinada puede retardar el deterioro del sistema nervioso encargado de recibir, transportar y organizar los mensajes respondiendo a determinados estímulos. Tal es el caso de tropezar contra un obstáculo, donde los estímulos generados emiten una respuesta evitando la caída. En los ancianos ese tipo de respuestas es demorado, lo que permite en muchos casos caídas y traumas al no generarse una respuesta en el tiempo necesario, mejora la circulación y aumenta el volumen de eyección y el gasto cardíaco.</p> <p>El ejercicio aporta beneficios: La disminución de la percepción del dolor, de la ansiedad y mejora la capacidad de concentración y atención. El acondicionamiento físico, disminuye la grasa corporal y aumenta la masa muscular. También mejora el metabolismo de los azúcares y grasas, mejora la sensación de bienestar y la percepción de mayor movilidad y se retrasa la presencia de atrofia muscular.</p>
<p>Mantener elevados los miembros pélvicos a 45° cuando se esté en posición sedente.</p>	<p>Favorece el retorno venoso y se evita la retención de líquidos .Reduce la acumulación venosa.</p>
<p>Evitar en el paciente posiciones como cruzar las piernas,</p>	<p>Este tipo de posiciones restringen el nivel de circulación sanguínea.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



almohadas bajo las rodillas, lapsos largos de sedestación ropa ajustada.	
Toma y registros de pulsos pedíos en cada turno.	Se valora la función y complicaciones cardiorrespiratorias. La disminución de la circulación puede causar lesión más grave.
Ministrar fármaco prescrito. Acenocumarol 1 mg (1/4 de tableta) VO C /12 hrs. Llevar controlar tiempo de pro trombina en proporción, tromboplastina parcial y los trombocitos.	Anticoagulante, antagonista de la vitamina k. para el tratamiento profiláctico de afecciones trombo embolicas. El tratamiento con anticoagulantes puede causar trombocitopenia os valores de TP Y TPPa dos veces mayores de lo normal (control) producen hemorragias.
Realizar ejercicios en miembros inferiores cada hora.	Ejercitar los miembros inferiores potencia el efecto de bombeo muscular en las venas profundas, lo que mejora el retorno venoso.
Mantener un consumo de líquidos de 1500ml diarios.	Una hidratación adecuada previene un incremento de la viscosidad sanguínea.
Detectar disminución de la sensibilidad en las extremidades inferiores y en los pies, frió o coloración azulada, edema o dolor, disnea.	Los cambios en las extremidades son signos de compromiso circulatorio.

EVALUACIÓN: La paciente mantuvo sus signos dentro de lo normal, piel con mayor frecuencia cálida, pulsos pedíos disminuidos en intensidad, no presentó hemorragias petequiales de cantidad mayor, solo se observa la cicatrización y la disminución del diámetro de la lesión dérmica.



3.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON UNA FUNCIÓN RESPIRATORIA COMPROMETIDA.

Definición: Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolo capilar.

OBJETIVO: Prevenir la infección respiratoria (7meses).Fomentar un modelo respiratorio óptimo durante todo su cuidado.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar las constantes vitales (frecuencia respiratoria).	Puede o no haber aumento de la temperatura, el aumento del pulso y de la frecuencia respiratoria y tensión arterial puede indicar congestión pulmonar esta evaluación deberá establecer los valores de referencia para la detección de cambios en comparaciones posteriores
Auscultar campos pulmonares por turno.	Las secreciones retenidas y un déficit de oxígeno aumentan el riesgo de infección pulmonar.
Enseñar al paciente ejercicios para toser, ejercicios espiratorios fisioterapia pulmonar.	El síndrome de desuso en el paciente propicia el acúmulo de secreciones pulmonares por la que la movilidad, ejercicios respiratorios y fisioterapia son actividades que favorecen el desprendimiento de las secreciones acumuladas.
Cambios de posición mínimo cada dos horas.	La actividad constante evita la acumulación de secreciones pulmonares reduce la congestión pulmonar

EVALUACIÓN:

La paciente durante todo el cuidado brindado presentó 2 episodios (marzo-junio 2007) de resfriado común propiciando la presencia de secreciones en pulmones siendo de aspecto hialinas líquidas, se concluyó con campos pulmonares ventilados y permeables sin presencia de sibilancias, crepitaciones etc, disnea leve a medianos esfuerzos, no presentó datos de infección pulmonar.



2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE EXCESO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS RELACIONADO CON UN DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO.

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

OBJETIVO: Controlar los niveles hidroelectrolíticos del paciente y evitar el avance de un fallo cardiaco y posteriores complicaciones (7 meses).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Registro de la tensión arterial.	Controlar la tensión arterial es conveniente para seguir un mejor tratamiento.
Registro diario de ingresos y egresos del paciente en cada turno.	La disminución de la filtración glomerular al final provoca una uresis insuficiente y estimula la producción de renina provocando un aumento de la tensión arterial en un incremento de aumentar el flujo sanguíneo renal. El registro diario del control de ingresos y egresos nos indica la cantidad de volumen de líquidos almacenados en el cuerpo humano.
Pesar al paciente.	Un aumento de peso de 0.5 a 0.9 Kg. al día nos indica retención de líquidos y la necesidad de utilizar diuréticos.
Valorar ruidos pulmonares en busca de modificaciones o datos patológicos.	Las crepitaciones, la disminución de los ruidos respiratorios bronquiales indican presencia de líquido en los pulmones y un aumento del fallo cardiaco derecho.
Verificar dieta: que corresponda con la indicación: baja en sodio (1.5 a 2gr).	EL SODIO controla la distribución del agua por el cuerpo, un aumento en la cantidad de sodio provoca un incremento del agua lo que aumenta el volumen circulatorio y la tensión arterial.
Evitar consumir alimentos enlatados.	Los productos enlatados contienen gran cantidad de sodio.
Mantener elevados los miembros pélvicos a 45°.	Favorece el retorno venoso.
Llevar al WC al paciente.	Al llevarla al WC aumenta la orina emitida en una silla para una buena perfusión renal y oxigenación de los tejidos periféricos.
Vigilar los niveles séricos de electrolitos: sodio y potasio	La hiponatremia reduce la tensión arterial, confusión y cefalea.La hipopotasemia produce debilidad, fatiga y fibrilación ventricular, la



	Hiperpotasemia ocasiona bradicardia y asistolia ventricular.
Mantener los niveles de creatinina y BUN.	El aumento de la creatinina y BUN refleja la disminución de la perfusión renal debido a un empeoramiento del fallo, el aumento del BUN aumenta desproporcionadamente el nivel de creatinina.

EVALUACIÓN:

La paciente no contó con datos de laboratorio por que los familiares consultaban el estado de la paciente con medico familiar por vía telefónica por lo que no creyeron pertinente esta solicitud aun siendo solicitada para un chequeo de rutina. El objetivo se cumplió parcialmente por no contar con los valores de los niveles séricos pero se observo retención de líquidos (edema de + a ++), el estado mental en la con tendencia a desorientarse y confundirse en su entorno.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON, FALTA DE EJERCICIO Y ESCASA INGESTA DE FIBRA Y LÍQUIDOS MANIFESTADO POR HECES DURAS, DIFICULTAD A LA EXPULSIÓN DE HECES E IRRITABILIDAD.

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas.

OBJETIVO: Fomentar hábitos intestinales regulares mediante la realización de ejercicio y aumento de la ingesta de fibra y líquidos, valorar y desarrollar un hábito intestinal a largo plazo.



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Examinar al paciente en busca de hemorroides o fisuras anales.	La presencia de hemorroides o fisuras anales producen dolor al esfuerzo haciendo que el paciente conciente o inconscientemente evite defecar.
Valorar ruidos intestinales por turno.	En el proceso del envejecimiento existe la disminución de la peristalsis (hipo motilidad) y del flujo sanguíneo al colon y la disminución del tono muscular del esfínter interno del intestino grueso proporcionando la presencia de un estreñimiento crónico, impactación o incontinencia fecal.
Valorar la cantidad de líquidos y fibra ingerida.	Permite incrementar o disminuir en la dieta para no provocar una impactación.
Fomentar la ingesta de líquidos (2.5lts), alimentos ricos en fibra (cereales, frutas y verduras), evitar consumir alimentos con efecto diurético (café, sumo de uva) o alimentos que contengan harinas y azúcares refinados.	Los líquidos ayudan a mantenerlas heces blandas y transferibles, la fibra ayuda a crear una masa fecal voluminosa que pasa con mas facilidad, no obstante si se aumenta la fibra sin aumentar los líquidos pueden exacerbar el problema, los alimentos con efecto diuréticos reducen los líquidos orgánicos y los alimentos refinados añaden poco volumen, el sumo de ciruelas produce catarsis por contener sales de magnesio y ricas en fibra.
Incluir alimentos que contengan: VITAMINAS COMO: A B B12	A. Para el crecimiento normal ,la visión y la protección contra infecciones, se encuentran en el hígado de bacalao, yema de huevo,leche,margarina,zanahoria,frutas y verduras amarillas. B .Promueve el rompimiento de las grasas ayudando a fortalecer órganos como el corazón y músculos, están en productos de salvado,carne,huevo,granos,cereales y pan integral B12. Ayuda a formar los glóbulos rojos y a mantener el sistema nervioso,



	alimentos como el pollo, pescado, huevo y lácteos.
C	C.Mantiene saludable los huesos y los dientes además de contribuir a la fijación del hierro, está disponible en fruta cítrica, verduras y papa).
D	D .Esencial para el fortalecimiento de los hueso y dientes, favorece la absorción del calcio se encuentran en el aceite de pescado, hígado, leche, yema de huevo y margarina, en la piel se metaboliza con el sol.
E	E.Ayuda ala formación de los glóbulos rojos y retarda el envejecimiento celular la contiene aceites vegetales, nueces,carne, vegetales verdes y cereales).
K	K.Promueve la coagulación se encuentran en vegetales verdes,queso,cerdo,hígado y yogurt);
MINERALES COMO	
Calcio	Calcio .Favorece la coagulación y mantiene los huesos y dientes, sé haya en los vegetales verdes, leche y granos.
Cinc	Cinc.Mineral esencial por que favorece la actividad de varias enzimas que promueven reacciones bioquímicas del organismo, fortalece los mecanismos de defensa inmunológicos, cicatrización de heridas; sé encuentran en carnes rojas y pollo, frijoles, cereales y productos lácteos.
Hierro	Hierro.Constituyente de la hemoglobina que trasporta el oxígeno a los tejidos, en los alimentos como el hígado, yema de huevo, carnes rojas, cereales, nueces, granos, queso panela.
Potasio	Potasio Mantiene el ritmo cardiaco normal ayudando al funcionamiento del sistema nervioso y riñones, lo traen las frutas, les, leche y carne.
Sodio	Sodio .Ayuda e la retención del agua del organismo está presente en la sal, pan, cereales tocinería y jamón.
fibra	Fibra.Evita problemas digestivos como el estreñimiento.
Realizar	masaje Estimula los movimientos peristálticos ya que en el paciente senil existe la



abdominal en dirección a las manecillas del reloj (20 minutos diarios).	presencia de hipomotilidad intestinal.
Realizar ejercicios de fortalecimiento de musculatura pélvica (kegel).	Ayuda al fortalecimiento del músculo pubococcigeo, el control de la defecación se conserva voluntario contrayendo este músculo que rodea al esfínter anal externo.
Registro de las características de evacuación y número de evacuaciones.	El registro permite identificar el problema y las causas asociadas.
Establecer hora específica para llevar al WC a la evacuación del paciente (posterior a la ingesta de alimentos).	La motilidad intestinal aumenta durante y después de la ingestión de alimento, al intentar defecar después de comer se aprovecha el reflejo gastrocólico; establecer una hora determina ayudar al paciente a acostumbrarse a defecar evitando la incontinencia, cuando el paciente esta sentado la gravedad ayuda a evacuar el intestino.
Ministrar medicamento prescrito. Senósidos A-B (SENOKOT) 1 tableta diaria.	Actúa en el intestino grueso mediante un efecto irritante local aumentando la frecuencia de los movimientos periódico. Puede provocar náuseas, vómito, diarrea, uresis rojiza, hipocalemia, atrofia en la capa muscular lisa.

EVALUACIÓN: La paciente presentó más facilidad en el tránsito fecal con ligera dificultad para la expulsión, renuente en ocasiones para llevarla al wc al finalizar el turno pero con insistencia accedía.

2.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL USO DEL WC RELACIONADO CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA MANIFESTADO POR LA INCAPACIDAD PARA IR AL WC, SENTARSE, LEVANTARSE Y REALIZAR EL ASEO PERIANAL Y MANEJO DEL RETRETE.



Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de uso del WC.

OBJETIVO: Ayudar al paciente a realizar las tareas de su auto cuidado para mantener satisfecha esta necesidad durante todo el tiempo de su cuidado.

IIINTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Brindar ayuda para realizar actividades de la vida diaria (higiénico-dietéticas).	La suplencia de las actividades básicas brinda bienestar y seguridad al paciente manteniendo un nivel óptimo de higiene.
Llevar al WC al paciente cada 2 hrs.	El mantenimiento de un modelo de evacuación el paciente se adapta favoreciendo la evacuación y eliminación.

EVALUACIÓN:

La paciente mantuvo un nivel excelente de auto cuidado haciéndole participe en cada actividad mostrándose renuente, participativa, tranquila y en ocasiones con cuestionamiento del por qué y para que, se mantiene dependiente pero con facilidad de cooperación brindándole el tiempo y espacio necesario.

3.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADA CON INCONTINENCIA URINARIA.

Definición: Pérdida de orina continua e imprevisible.

OBJETIVO: Evitar lesiones dérmicas y epidérmicas en la piel causado por el contacto con la orina y la inmovilización.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar el periné en busca de signos de irritación o infección.	La constante humedad en el área perineal macera la piel.



signos de irritación o infección.	
Lavar el área afectada con jabón suave y agua siempre que se encuentre sucia la región o limpiar con toallitas húmedas en caso de emergencia.	La limpieza evita la acumulación y la concentración del ácido úrico y evitar que produzcan lesión en la epidermis.
Aplicar por vía tópica Hipoglos (hidróxido de zinc, áloe vera).	Evitan las rozaduras y la laceración de la piel.
Cambiar pañal cuantas veces sea necesario.	Los pañales muy húmedos favorecen las rozaduras y la excoriación.
Mantener en la medida de lo posible seca la piel.	El secado evita la maceración de la piel.
Inspeccionar con frecuencia la zona perianal del paciente y llevar al wc mínimo cada 2 horas.	La frecuente inspección es necesaria para detectar la pronta detección de lesiones cutáneas que puedan conducir a úlceras por decúbito, infecciones de vías urinarias y sepsis sistémica.

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento de este objetivo no teniendo ninguna lesión dérmica, la piel se observa con pérdida de elasticidad por proceso de envejecimiento, es una zona de alto riesgo a presentar lesión no sólo por la presencia de orina y pañal sino también por la inmovilización.



4.-NECESIDAD DE MOVILIDADY POSTURA:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON LA DISMINUCIÓN DE FUERZA Y TONO MUSCULAR, CONTRACTURA MUSCULAR A NIVEL DE MIEMBROS TORAXICOS Y PÉLVICOS, MANIFESTADO POR INCAPACIDAD PARA LA MOVILIZACIÓN DENTRO DE SU ENTORNO FÍSICO.

Definición: Limitación de movimiento independiente del cuerpo o de una o mas extremidades.

OBJETIVO: Mantener el funcionamiento músculo esquelético y los arcos de movimiento sin lesiones físicas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar signos vitales haciendo énfasis en la tensión arterial.	Es de importancia valorar la T/A del paciente ya que un confinamiento prolongado en cama puede producir hipotensión ortostática, causa habitual de las caídas.
Valorar presencia de fuerza y tono muscular por turno.	La presencia de fuerza y tono son elementos para el profesional en impartir las actividades de enfermería fomentando en el paciente una autonomía parcial de Movimiento. Y permite valorar la atrofia muscular en el anciano.
Evitar realizar movimientos bruscos durante la movilización del paciente.	En el anciano existe reducción en el número de fibras musculares, de depósito de glucógeno, deterioro del cartílago articular, hundimiento muscular y tendinoso con esclerosis por lo que está expuesto a caídas y fracturas.
Ejecutar ejercicios músculo esquelético céfalo caudales de 30-45 minutos diarios con descansos de forma intermitente.	Los ejercicios generales de fortalecimiento y mantenimiento ayudan a evitar la pérdida de la movilidad articular, mover las extremidades de modo suave y circular reduce eficazmente el grado de espasticidad muscular; mover las escápulas y caderas antes de trabajar con las extremidades distales ayuda a relajar todas las articulaciones, facilitando por tanto la realización de los ejercicios, seguir un régimen estricto de



	ejercicios ayuda evitar la contractura muscular, tendinosas y ligamentos que pueden provocar caídas.
Mantener reposos intermitentes durante la realización de sus ejercicios.	El descanso disminuye la demanda de oxígeno.
Ayudar a deambular a la paciente con ortesis (andadera) o con apoyo de dos personas en una distancia mínima de tres metros.	La utilización de un dispositivo bajo vigilancia evita caídas y brinda seguridad al paciente.
Verificar que el calzado sea cómodo (bajos y de goma).	El calzado apropiado reduce la lesión de espaldas durante la deambulación.
Identificar las zonas con contractura muscular que causan dolor en el paciente anciano.	La administración de analgésicos antes de la realización de las actividades reducirá la intensidad del dolor y la sensación de temor al sentirlo.
Cambio de posición mínimo cada dos horas	La prolongada inmovilidad afecta el funcionamiento normal de los músculos y articulaciones por que uno debe recordar que se tardan 7 días en promedio en recuperar la función perdida de un día de reposo. Se evitan la formación de contracturas.

EVALUACIÓN: La paciente conservó los arcos de movimientos, no presenta grados de dolor intensos al momento de sus ejercicios. Deambula 3-4 metros como máximo de lunes a viernes, sábados y domingos no se brinda el cuidado, como mínimo de tiempo en ejercicios es de 30 minutos hasta una hora dependiendo de la tolerancia y energía del paciente.



5.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DEFICIT DE AUTOCUIDADO BAÑO / HIGIENE RELACIONADO CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA MANIFESTADO POR LA INCAPACIDAD PARA MOVERSE, SENTARSE, IR AL WC, BAÑARSE, HIGIENE DENTAL Y CORPORAL.

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.

OBJETIVO: Brindar ayuda para la satisfacción de las tareas de su auto cuidado durante todo el tiempo que lo solicite.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar la capacidad de disposición del paciente para la realización de cada actividad.	La valoración permite determinar el grado de incapacidad funcional del paciente.
Preparar el equipo a necesitar con anticipación.	El orden de las cosas ahorra tiempo y esfuerzo innecesario.
Proporcionar intimidad.	Se mantiene la individualidad y respeto de la persona
Comprobar el agua a temperatura tolerable del paciente.	El agua extremadamente caliente produce resequedad en la piel.
Utilizar jabón neutro.	El jabón puede alterar el ph de la piel y con ello las defensas de la piel y puede aumentar la sequedad cutánea resultante de la disminución de la producción de grasa y de sudoración en la vejez.
Proporcionar tiempo suficiente para la ejecución de cada actividad: Lavado de manos. Cepillado dental. Cambio de ropa (interior y exterior).	La atención y tiempo de reacción del paciente es lento por lo que se le debe de brindar el tiempo necesario siendo que el profesional se adapta más a la situación que el paciente.



Baño de regadera. Aseo perianal. Cambio de pañal. Corte de uñas (manos y pies). Secado de piel meticulosamente. Aplicación tópica de hipoglos y micotex. Lubricación de piel con crema corporal.	
Examinar el estado de la piel durante el baño.	La observación de la piel permite la detección de problemas cutáneos.

EVALUACIÓN:

Existieron momentos de rechazo a las actividades pero utilizando puntos cardinales y atención se enfocaba a la nueva orden, insistiendo posteriormente con la actividad accedía sin ningún problema, siempre se cubrieron las necesidades de suplencia con paciencia y mucha disposición y escucha del paciente.



6.-NECESIDAD DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DÈFICIT DE AUTOUIDADO VESTIDO/ARREGLO PERSONAL RELACIONADO CON EL DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA MANIFESTDO POR LA INCAPACIDAD PARA COMPLETAR Y ELEGIR SU VESTIDO Y DESVESTIRSE.

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

OBJETIVO: Brindar ayuda para la satisfacción del vestido y desvestido así como hacerla participe dentro de sus posibilidades.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Brindarle conjuntos de color de ropa para su elección	Hacer participe al paciente le brinda seguridad y confort porque toma decisiones que pueden o no ser certeras, pero siempre cuenta con apoyo adicional.
Ayudar a desvestirse y vestirse.	El cambio diario mantiene la higiene y bienestar del paciente así como mantener una imagen física agradable.
Hacer participe al paciente de las actividades.	Propicia autonomía ,seguridad y realización dentro dentro de la concepción del paciente.
Ayudar a peinarla, maquillarla, perfumarla.	El arreglo personal brinda confort estabilidad emocional y hace participe una apariencia agradable a los seres cercanos para una convivencia social.
Evitar posturas incómodas (cruce de piernas, colocación de almohadas).	Se evita la obstaculización de la circulación.
Colocar ropa acorde al tiempo, necesidad y preferencia del Paciente (algodón).	El respeto es fundamental para la interacción enfermera paciente y la valoración permite detectar a tiempo la necesidad del paciente porque en esta etapa hay irregularidad en el funcionamiento de la temperatura corporal.
Arreglo de uñas(corte ,limado y aplicación de esmalte).	La estética y belleza reconforta al paciente para su realización social.



EVALUACIÓN:

Se mantiene con apariencia reluciente en todo momento, aumenta su convivencia y relación dentro de sus conocimientos, tiene tendencia a desorientarse y confundir pero a la hora de mostrarle un espejo opinaba sobre su apariencia física.

8.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO RELACIONADO CON DEMECIA Y ENVEJECIMIENTO MANIFESTADO POR DESPERTARES FRECUENTES EN LA MADRUGADA, PRESENCIA DE SOMNOLENCIA EN EL DIA, CONFUSIÓN E INQUIETUD.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en tiempo.

OBJETIVO: Conservación del equilibrio del sueño y sus actividades.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
Reducir las distracciones por la noche: 1.- Reducir los factores que perturban el sueño como el ruido y la inquietud.	La falta de estimulación ambiental disminuye la confusión y la conducta hiperactiva.
Tomar medidas para aumentar la seguridad física: 1.- Tener luces de noche. 2.- Vigilar a la paciente y recluirla en un lugar seguro durante la noche. 3.- Colocar barandales en su cama.	Las medidas aumentan la Seguridad física.



<p>Aumentar la comodidad en los despertares nocturnos:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Evitar dispositivos de restricción física.2.- Brindar leche caliente, masaje en espalda, música suave, arrullarle calmarla con voz suave.	<p>El entorno placentero y no restrictivo facilita a que vuelva a se, minimiza la ansiedad y aumenta la sensación de bienestar general.</p>
<p>Estructurar un horario equilibrado actividades y sueño:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Aumentar la vigilancia durante el día.2.- Fomentar los periodos breves de reposo en vez de siestas prolongadas.3.- Fomentar los programas de ejercicios y actividades con regularidad.	<p>Las actividades cotidianas y el ejercicio regular disminuye la agitación y tienen un efecto tranquilizante.</p>

EVALUACIÓN:

En la mayoría de la veces este patrón fue alterado con referencia de los familiares, sus despertares se presentaban pero ya estaban preparados para afrontar esta situación e intervenir para que su familiar conciliara el sueño nuevamente. En la mayoría de las veces se mantenía alerta, no se dejaba dormir durante su cuidado, se tomaría siestas de 5 a 10 minutos de forma infrecuente. En el cuidado brindado por los familiares no se corroboraron porque el cuidado sólo era por la mañana.



9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE CAÍDAS RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA SECUNDARIA A ENVEJECIMIENTO (92 AÑOS) E INSUFICIENCIA PERIFÉRICA, CONTRACTURA MUSCULAR (RÒTULAS, TOBILLOS).

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que causan daño físico.

OBJETIVO: Reducir el riesgo de caídas e identificar los factores de riesgo.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Realizar ejercicio regularmente mínimo 30 minutos diarios.	El ejercicio mejora la agilidad, el tiempo de respuesta .tono muscular y la confianza en el paciente.
Aconsejar utilizar calzado cómodo (con suela bajo, antideslizante) estar pendiente de obstáculos, rampas y suelos mojados.	El uso del calzado apropiado proporciona estabilidad y ayuda a evitar caídas .La observación del terreno peligroso evita las caídas por la alteración de la Percepción de profundidad.
Evitar factores de riesgo: 1.- Contar con luces en toda la casa. 2.-Evitar una cantidad mayor de número de muebles. 3.- Comprobar el funcionamiento de los dispositivos de ayuda (pasamanos, andadera, silla de ruedas). 4.- Evitar suelos muy lustrosos o mojados. 5.- Emplear superficies antideslizantes en el suelo. 6.- Evitar alfombras o tapetes deslizantes. 7.- Evitar muebles con puntas filosas.	Garantiza la seguridad del paciente evitando tropiezo y lesiones en la caída.



8.- No dejar al paciente sola por lapsos de tiempo prolongado.	
Levantar lentamente al paciente desde una posición sedente , en decúbito o prona y no con movimientos y giros bruscos.	El riesgo de hipotensión postural aumenta con la edad y sobre todo con un medicación hipertensiva, el envejecimiento provoca cambios degenerativos en el sistema vestibular del oído interno que puede provocar pérdida del equilibrio en un movimiento brusco.

EVALUACIÓN:

Durante el cuidado se observó una caída con responsabilidad de familiares por ser un día que no se prestaba (sábado por la noche, cayó de su cama) cuidado, por lo que se le recalcó estas medidas y que al finalizar el tiempo del cuidado su cama no cuenta con barandales.

2.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA POR PRESIÓN RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DEL PATRÓN DE MOVIMIENTO.

Definición: Áreas localizadas de lesión celular que tienden a aparecer por una prolongada compresión del tejido blando entre una prominencia ósea y una superficie plana como resultado de la inmovilidad.

OBJETIVOS:

- . Aumentar el nivel de actividad del paciente anciano.
- . Evitar, disminuir o retrasar las complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- . Hacer partícipe al anciano en el establecimiento de metas alcanzables en función del pronóstico



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Desarrollar actividad y ejercicio congruente con las limitaciones que presenta el anciano, mínimo cada 2-4 hrs.	El ejercicio y el movimiento aumentan el flujo sanguíneo a todas las áreas.
Examinar áreas con riesgo a desarrollar úlceras por presión (orejas, codos, occipucio, trocánter, talones, Isquion, sacro, escápula).	La inmovilidad predispone la aparición de úlceras.
Brindar masaje en tejido sano no en zona de enrojecimiento.	Un masaje estimula la circulación, el masaje enérgico dobla y rompe los vasos, dar masaje en zona enrojecida puede producir rotura capilar y lesión cutánea.
Animar al anciano a realizar ejercicios de movilización en la cama (giros, flexión del tronco), si la inmovilidad es total habrá de realizarse cambios posturales y otras medidas específicas cada 2-4 horas.	El movimiento regular alivia la presión constante de las prominencias óseas. Aliviar internamente la presión permite que la sangre vuelva a entrar en los capilares privados de sangre y oxígeno debido a la compresión.
Valorar antecedentes dietéticos y estado nutricional actual (peso, ingesta nutritiva).	Una mala nutrición general produce la pérdida de peso y atrofia muscular, la reducción del tejido adiposo y subcutáneo y del tejido muscular elimina parte del almohadillado entre la piel y las prominencias óseas subyacentes, aumentando la susceptibilidad a las úlceras por presión, una mala nutrición reduce la resistencia a la infección e interfiere con la cicatrización de las heridas.
Realizar una buena higiene cutánea.	La piel seca es susceptible a agrietarse y a la infección. El uso excesivo de emoliente puede producir maceración.
Proteger la piel del contacto con heces y orina. 1. Después de cada episodio de uresis, limpiar bien la piel con jabón neutro. 2.- Cambio de pañal.	El contacto con la orina y las heces pueden producir la maceración cutánea, las heces pueden ser mas ulcerógenas que la orina debido a las bacterias y toxinas presentes.



EVALUACIÓN: No existieron lesiones en prominencias óseas ni maceraciones más sin embargo; el riesgo es más latente a través del tiempo.

10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN RELACIONADO CON DEMENCIA MANIFESTADO POR DÉFICIT COMUNICATIVO, INTELECTUAL.

Definición: Disminución de la capacidad para recibir, procesar y transmitir el proceso de comunicación.

OBJETIVO: Mejoramiento de la interacción social y satisfacción de sus necesidades.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Mantener un ambiente de aceptación: Hablar en tono normal y despacio. Reducir los ruidos y distracciones externas.	La comunicación es la base de toda relación humana, el deterioro de la capacidad de comunicarse espontáneamente resulta frustrante y violento
Favorecer la estimulación social. 1.- Mantenerle contacto visual, táctil, gestual para la cercanía con el paciente. 2.- Demostrar afecto y cariño en abrazar, besar,	Los estímulos son fáciles de identificar por el paciente favoreciendo la confianza e interacción. El paciente demanda mayor afecto y cariño por lo que es necesario demostrárselo y hacérselo saber.



dialogar con el paciente. 3.- Reaccionar con objetividad a las respuestas negativas del paciente. 4.- Aceptar al paciente en conductas negativas. 5.- Impartir y ampliar los conocimientos de los familiares sobre la enfermedad del paciente.	Las interacciones positivas se observan mas satisfactoriamente si los familiares pasan por alto lo negativo. La aceptación de la negatividad del paciente disminuye el estrés de las personas racionales y coherentes con la aceptación de la realidad viviente. Si la familia comprende la enfermedad estarán mejor preparados para ayudar a la paciente.
Comprender lo que dice el paciente: Escuchar atentamente. No corregir errores.	Reduce la frustración y aumenta la motivación.

EVALUACIÓN:

La actitud y comportamiento del paciente se mostró variable desde la más cariñosa hasta la más agresiva su tendencia a confundirse y desorientarse propiciaba una ineficaz interacción con los de su alrededor observándose molestias y enfados instantáneos pero con entendimiento después, los familiares aún no están convencidos del proceso que lleva la paciente, se les planteó el proceso de envejecimiento pero no obteniendo excelentes resultados por observar exigencias en la paciente y barreras en la comunicación.



11.-NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL RELACIONADO CON ENFERMEDAD (DEMENCIA).

Definición: Disminución de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión del yo, los otros, el arte, música o un poder superior al propio yo.

OBJETIVO: Promover actividades para mantener la afección espiritual.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Identificar preferencia religiosas del paciente.	Respetar la creencia y religiosidad de la paciente la conforta.
Realizar lecturas y oraciones religiosas.	Aspecto para interactuar y facilitar el recordatorio de la memoria.
Llevar a que asista a su centro religioso una vez por semana.	La interacción con lo conocido favorece la socialización y el crecimiento espiritual de la persona afectada.
Mostrar objetos que la relaciones con su religión (rosario, imágenes).	Permite no olvidar sus valores y creencias por lapsos cortos de tiempo.

EVALUACIÓN:

Se llevó a su centro religioso mostrándose atenta, confusa y a veces dormitaba por segundos pero seguía el ritual de la misa, era acompañada por su hijo, al salir se mostraba siempre mas serena.



12.-NECESIDAD DE JUEGO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DÈFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD FÍSICA MANIFESTADO POR CARENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR FALTA DE VOLUNTAD Y LA ALTERACION DE PENSAMIENTOS.

Definición: Pérdida de interés a la realización de actividades que le proporcionen distracción o entretenimiento en la vida del individuo.

OBJETIVO:

Fomentar actividades satisfactorias dentro de las limitantes del paciente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Llevar a cabo actividades recreativas como: 1.-Realización de juegos de mesa: Lotería. Pokert Rompecabezas. 2.- Lectura: Revistas. Periódico (sección de deportes). Libros(con imágenes) 3.- Ver programas de televisión. 4.-Llevarla al cine, teatro. 5.- Llevarla al parque con lunch. 6.- Hacer participe en actividades de cocina: Desebrar pollo. Cortar ejotes. 7.-Escuchar música. 9.- Hacer manualidades.	Favorece el proceso de aprendizaje, memoria e interacción, relación y pérdida de disfunción mental, motriz y otras.



EVALUACIÓN:

Se realizaron todas las actividades propuestas a veces no concluyendo los juegos por fatiga o cambio en su estado de ánimo, inclinándose más hacia la lectura del periódico (sección de deportes) y la visita al parque cerca de su colonia, se mostraba atenta, tranquila e interactuaba con ligera dificultad en comunicarse con otras personas ajenas a su familia.

13.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO RELACIONADOS CON DEMENCIA MANIFESTADO POR PÈRDIDA DE LA MEMORIA, CONVERSACIONES INCOHERENTES, DIFICULTAD PARA RECORDAR, DESORIENTACIÓN, CONFUSIÓN EN TIEMPO, ESPACIO Y LUGAR.

Definición: Conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad, nivel psicomotora, conciencia y sueño.

OBEJTIVO: Controlar el comportamiento del paciente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario.	Una rutina coherente ayuda al paciente a funcionar con sus limitadas capacidades.
Evitar confundir al paciente con explicaciones largas o más de una indicación a la vez.	La reorientación causa frustración en el paciente por no poder recordar o provocar el sentimiento de impotencia al no responder asertivamente.
Sugerir y no dar órdenes	Esto para no provocar reacciones catastróficas y se le da la confianza de independencia y elección.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Evitar temas de difícil comprensión.	Dificulta la comprensión, entendimiento e interacción con el paciente
Valorar la audición y visión del Paciente.	Los déficit contribuyen a complicar los problemas de comunicación.
Valorar el comportamiento no verbal del paciente/facial, lenguaje corporal, postura, gestos, momentos de irritabilidad	Es una forma de comunicación y conocimiento del paciente.
Disminuir la agitación y la ansiedad del paciente (gritos, ruidos).	El ambiente familiar los recuerdos distraen al paciente y olvidan la situación actual.
Dirigirse a ella con tono de voz baja ,clara y concreta.	Los pacientes con alzheimer tienden a reflejar afecto a quienes le rodean.
Mostrar álbum de fotografías familiares.	Las imágenes estimulan la memoria y los recuerdos son algo específico en qué centrarse.
Mirar directamente al paciente.	Mirar directamente al paciente se capta su atención.
Tener un calendario que le indique en qué fecha estamos.	Esclarece el tiempo y lugar en el que se desenvuelve el paciente.
En caso de enojo e irritación dejarla un momento a solas.	Dejarla sola favorece su tranquilidad y facilita su desahogo.
No realizar recordatorios más de una vez y evitar corregirla.	La adaptación y comprensión de la persona consciente es más factible que se adapte a la situación a pedir una exigencia que no se logrará.
No forzar a realizar las actividades de forma brusca.	La delicadeza y forma de pedir las cosas ayuda a la cooperación de la paciente.
Evitar hablar con tono agresivo y alto.	Incrementa la agresión y la irritación en el paciente.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



No confrontar al paciente.	Puede causar enojo y situaciones catastróficas (en caso de situación catastrófica no discutir, no explicar, no razonar con él, no promover lo que estaba terminando).
Brindar apoyo emocional al paciente.	El entendimiento y comprensión favorece la tranquilidad del paciente
Simplificar tareas al paciente.	Dejar solo a la persona a e realizar la activad hasta que de datos de frustración, intervenir antes de que se enoje.
No ponerse de mal humor ni expresar enojo o frustración ante el paciente.	El manejo de emociones permite reaccionar de forma razonable.

EVALUACIÓN:

La relación con la paciente fue afectiva, por momentos se mostraba agresiva, irritable y enfadada hasta el punto de arañazos y jalones de pelo sin embargo se le controlaba con palabras suaves, abrazos y con actitud de entendimiento; a los familiares se les concientizó en todo momento para evitar situaciones catastróficas sin embargo hubo momentos en los cuales los familiares mostraban enfado y confrotaban a la paciente.



VII._ PLAN DE ALTA.

De acuerdo a la evolución del paciente se les orientó a los familiares en cómo participar en cada reacción del paciente, por lo que se les brindó una serie de puntos para su conocimiento y ejecución en el manejo de la paciente.⁵

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Realizar actividad física moderada. Frecuentar ambientes adecuados: aireación, humedad, temperatura. Evitar sobrepeso. Procurar ingesta líquida de unos 1.500 cc/día. Ejercicios de respiración diafragmática y tos controlada. Identificar de forma conjunta la postura que en cada ocasión favorezca más la expansión torácica. Desaconsejar el tabaco. Técnicas de relajación y control de estrés. Programar periodos de descanso entre las actividades. Programar las actividades cotidianas (vestirse, deambular, ejercicios.) en tareas sencillas y adecuar su ritmo de ejecución al ritmo respiratorio (ejecutar mientras se espira, descansar mientras se inspira). Evitar malos hábitos que dificulten el retorno venoso: cruzar las piernas, ligas o calcetines apretados. Adiestrar en ejercicios que faciliten el retorno venoso (flexo-extensión de tobillos a una frecuencia de 30 veces por minuto, durante dos minutos seguidos, y tres veces al día). Chequeos periódicos: control de T.A. F.C. peso. Vacunaciones periódicas.

⁵ Petersen, R: GUIA DE LA CLINICA MAYO “ LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER”, Sistema Inter. Editores, 2002.pp. 3-203.



NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

Es indispensable llevar una dieta recomendable y sana, la desnutrición y deshidratación pueden aumentar la confusión y el estrés. Mantener una dieta recomendable con presencia de fibra y líquidos. Proporcionar recordatorios sobre las comidas. Permanecer con el paciente durante todo el tiempo de la ingesta de sus alimentos. Omitir en la medida de lo posible la gran cantidad de utensilios. Proporcionar tiempo adecuado y evitar prisas. Evitar mantener conversaciones largas que distraigan la ingesta de sus alimentos. Brindar alimentos fáciles de masticar y digerir (consistencias blandas). Incluir alimentos que contengan vitaminas A (para el crecimiento normal, la visión y la protección contra infecciones, se encuentran en el hígado de bacalao, yema de huevo, leche, margarina, zanahoria, frutas y verduras amarillas), B (promueve el rompimiento de las grasas ayudando a fortalecer órganos como el corazón y músculos, están en productos de salvado, carne, huevo, granos, cereales y pan integral), B12 (ayuda a formar los glóbulos rojos y a mantener el sistema nervioso, alimentos como el pollo, pescado, huevo y lácteos) C (mantiene saludable los huesos y los dientes además de contribuir a la fijación del hierro, está disponible en fruta cítricas, verduras y papa), D (esencial para el fortalecimiento de los huesos y dientes, favorece la absorción del calcio se encuentran en el aceite de pescado, hígado, leche, yema de huevo y margarina, en la piel se metaboliza con el sol), E (ayuda a la formación de los glóbulos rojos y retarda el envejecimiento celular la contiene aceites vegetales, nueces, carne, vegetales verdes y cereales), K (promueve la coagulación se encuentran en vegetales verdes, queso, cerdo, hígado y



yogurt);minerales como el Calcio (favorece la coagulación y mantiene los huesos y dientes, sé haya en los vegetales verdes, leche y granos) ,el Cinc(mineral esencial por que favorece la actividad de varias enzimas que promueven reacciones bioquímicas del organismo, fortalece los mecanismos de defensa inmunológicos, cicatrización de heridas,;se encuentran en carnes rojas y pollo,fríjoles,cereales y productos lácteos),Hierro(constituyente de la hemoglobina que trasporta el oxígeno a los tejidos, en los alimentos como el hígado, yema de huevo,carnes rojas,cereales,nueces,granos,queso panela)Potasio(mantiene el ritmo cardiaco normal ayudando al funcionamiento del sistema nervioso y riñones, lo traen las frutas, vegetales ,leche y carne),Sodio(ayuda e la retención del agua del organismo está presente en la sal, pan ,cereales tocinería y jamón),fibra(evita problemas digestivos como el estreñimiento).Evitar brindar alimentos fríos por que no son de su agrado. Cortar los alimentos en pequeños trozos para evitar el ahogamiento o atragantamiento. No insistir en caso de rehusarse a tomar sus alimentos. Colocar protector de ropa en la hora de la comida. Servirle siempre en su comedor. Registro de peso y talla mínimo cada mes. Valorar y registrar estados de piel (coloración, estado de elasticidad, presencia de manchas, nivel de hidratación (reseca, escamosa etc.).Realizar exámenes de laboratorio (hematocrito, hemoglobina) cada tres meses ó 6 meses.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Establecer pautas horarias para la ingesta de líquido y micciones. Evitar bebidas irritantes. Acidificar la orina (jugo de naranja). Adecuada actividad física, con especial énfasis en ejercicios que fortalezcan la musculatura abdominal y el



suelo pélvico. Ejercicios de reeducación vesical (cortar el chorro). Ropa fácil de quitar. Entorno de fácil acceso. Dieta adecuada (rica en fibra y no irritantes ni grasas en exceso). Higiene perianal tras cada defecación con agua templada y jabón neutro, cuidando, seguir siempre un movimiento de delante hacia atrás, sin retrocesos. Recomendar chequeos periódicos. Estar atento en signos no verbales que indiquen que el paciente necesita usar el wc (jalón de los pantalones, irritabilidad, agitación). Evitar ropa interior con broches, usar pañal desechable de calzoncillo facilita el desprendimiento. Mantener un nivel de líquidos. Valorar estado de la orina (amarillo, compañía de sangre o fibrina, fétido), evacuación (líquida, formada, café, verdosa, negrusco, melena.etc). Colocar una cubierta de plástico en cama para evitar el traspase de la orina o evacuación. En caso de rehusarse, insistir una vez, dejarla por un lapso de tiempo y volver a intentar. Mantener la vigilancia en todo momento. Revisión mínimo cada dos horas área peri anal. Cambio de pañal cuantas veces sea necesario. Aplicación de pomada contra rozaduras o lesiones dérmicas. En caso de estreñimiento usar medidas naturales como la fibra, líquidos, consumo de ciruelas pasas. Masaje abdominal en dirección amencillas del reloj y ministración de fármaco prescrito.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:

Tablas de ejercicios pasivos y activos individualizados. Siempre tener presente los recursos con los que se siente familiarizado en su entorno. Orientación de pautas para caminar de forma segura y rentabilizando de forma óptima las capacidades residuales con las que cuenta. Orientación sobre los lugares o el espacio donde sería más correcto realizar el ejercicio físico y las horas del día más



apropiadas; adaptación de las actividades de la vida diaria a los recursos con los que cuenta y las capacidades funcionales que presenta.

Consejos para evitar caídas y fracturas:

Mantener el tronco vertical evitando flexiones forzadas. En el dormitorio, mantener una temperatura constante (15-18°). El frío prolongado puede producir somnolencia y caídas. No incorporarse de forma brusca. Hacerlo despacio. El calzado de vestir debe tener un tacón bajo de base ancha y una suela blanda, especialmente en el talón. Las alfombras deben estar en buen estado y sin arrugas o dobleces, bien fijadas al suelo. Poner los calcetines y los zapatos estando sentado. Mantener una buena iluminación en toda la casa. Tratar los suelos con productos no deslizantes. Actuar siempre con calma. Las caídas son más frecuentes con las prisas. Mantener los muebles y objetos siempre en orden para evitar el riesgo de tropezar. Situar los cordones eléctricos o del teléfono lejos de los lugares por donde se camina. En el baño, instalar barras de sujeción en las paredes del baño, ducha y junto al inodoro. Poner alfombrillas antideslizantes en el suelo del cuarto de baño (tiras adhesivas o materiales útiles para no resbalar sobre suelos húmedos). Levantar al paciente lentamente de la cama. Si se hace bruscamente puede marearse. Efectuar controles periódicos de vista y audición.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR:

Identificar la rutina respecto al patrón de sueño que tiene la anciana (horas totales de sueño, inicio y finalización, siestas diurnas, número de veces que se despierta durante la noche, etc). Registrar de forma sistemática el tipo de medicación que



tiene prescrita, así como las patologías. Identificar los cambios de entorno que ha tenido en los periodos recientes a la valoración. Orientar pautas de sueño que correspondan con su patrón habitual. Controlar la ingesta de líquidos durante las últimas horas de la tarde o primeras de la noche y recomendar la evacuación antes de acostarse. Aumentar, si fuera necesario, la actividad física diaria para disminuir los posibles problemas articulares y lograr un sueño reparador. Orientar sobre los requisitos que debe reunir un entorno adecuado para el descanso. Recomendar el uso de prendas confortables y de tejidos naturales. Enseñar técnicas de relajación que le faciliten el descanso.

TRASTONO DEL SUEÑO: Mantener una hora específica para el descanso del paciente. Indicar al paciente que es hora de ir a la cama bostezando, estirándose y diciendo “tengo sueño” apagar juntos las luces. Evitar programas de televisión ruidosos. Usar el baño antes de ir a la cama. Dejar dormir en donde prefiera el paciente. Ministrar medicamento a un hora establecida.-Dejar descansar una siesta durante el día.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE:

Controles periódicos del estado de los pies y de la piel. Motivar para el mantenimiento de una correcta imagen corporal. Es importante tener presente que el tiempo que requiere el anciano para cualquier tipo de actividad es siempre mayor que el que necesita el adulto joven. Mantener ropa del agrado del paciente en el closet (algodón). Evitar ropa de difícil desprendimiento. Colocar la ropa en el orden en la que se pone: ropa interior, blusa o camiseta, pants o pantalones, calcetines y zapatos. Dividir la tarea de vestirse y desvestirse en pasos sucesivos. Hacer



demostraciones. En caso de negarse a cambiar la ropa: Accidentalmente derramar un poquito de agua esto obliga a quitarse la ropa. Tener ropa cómoda (pants).

NECESIDAD DE TEMPERATURA CORPORAL:

Actividad física adecuada (la inactividad disminuye la temperatura corporal, la actividad física la incrementa). Corregir las alteraciones de peso, ya sea por defecto o por exceso. Evitar la exposición a temperaturas extremas y a cambios bruscos. Evitar las corrientes de aire. Desaconsejar el consumo de alcohol. Uso de ropa adecuada en cantidad, modalidad y calidad (fibras naturales). Proteger zonas corporales expuestas a inclemencias climáticas (sombreros). Controlar la ingesta de líquido. Controlar la toma de medicación que cause vasodilatación, vasoconstricción o sedación. Retirar inmediatamente la ropa mojada. Mantener la piel seca y limpia.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Planificar hábitos higiénicos deseados y saludables de forma sistemática (rutina). Recomendar la utilización de agua templada, jabón neutro, shampoo suave y crema hidratante. Los pies han de lavarse y secarse con esmero a diario. Desaconsejar el "remojado". Recomendar visitas periódicas al podólogo, el uso de material cortante o irritante para quitar callos o durezas puede resultar peligroso. Asesorarle en la elección de la cantidad, el diseño y la calidad de los útiles. Evitar movimientos dolorosos y para incrementar la seguridad: cepillo de mango largo y/o curvo, abridor de grifos, cepillo de diente de mango grueso, fijadores de pastilla de jabón y cepillo de uñas, barras de apoyo, agarraderos. Las uñas han de cortarse con cuidado por su fragilidad, en forma recta. Higiene bucal tras cada comida, tanto



de las piezas propias como de las prótesis. Poner atención en el cuidado de los ojos y oídos. Recomendar el uso de maquinilla de afeitar eléctrica. Proporcione tiempo suficiente para cada actividad y evite las prisas. Dar indicaciones simples por paso a la vez y explicar en que consiste. Evalúa siempre el nivel de ayuda que se requiere con el paciente. Preparar los utensilios del baño (ropa interior y exterior, cremas. Equipo de curación, guantes, talco, toallas de secado, etc) y el agua antes de intentar la tarea. Asegurarse de que la temperatura del cuarto de baño sea calida para estar cómodo sin ropa. Mantener la individualidad y respeto el, pudor de la paciente. Dirigirse a la paciente en tono suave y tranquilo. Intentar mantener una rutina (misma hora del baño). Mantener siempre el levantamiento y le seguridad de sujeción al paciente en su movilización. Si el paciente rechaza el baño, no insista e inténtelo más tarde. Mantener una iluminación adecuada en el entorno, incitar a que huelga el shampoo y el jabón para un sentido de disfrute. Hacer partícipe en las actividades simples como en lavarse la cara y los brazos o simplemente sosteniendo la esponja de baño para frotarse el cuerpo.

NECESIDAD DE SEGURIDAD:

Valoración periódica de cada una de las áreas funcionales que interactúan en esta necesidad (sistema osteoarticular, sentidos, neurológica, etc.). Orientaciones sobre la adecuación de un hogar seguro. Especialmente las áreas de mayor riesgo (baño y cocina). Control periódico de medicación y nivel de autonomía del anciano respecto a su correcta administración. Derivación periódica al facultativo para la valoración de posibles cambios en los sentidos. Información/adiestramiento sobre dispositivos de ayuda si es que lo necesita (bastones, audífonos, gafas, andadores,



etc.). Revisión periódica de los pies y uso correcto del calzado. Ayudar a planificar los tiempos de descanso para garantizar un buen nivel de alerta para la detección de los peligros. Alimentación correcta, higiene postural y actividad cotidianas. Ejercicio físico específico que le permita aumentar la amplitud de movimiento.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

Actividades de educación sanitaria para poder realizar una comunicación efectiva: mantener funcionalidad sensorial, mantener actividad física. Invitarle a que acuda a lugares donde pueda contactar y relacionarse con otras personas, haciéndole ver las ventajas que aporta el asociacionismo. Ayudarle a diseñar programas de aprendizaje para seguir manteniendo una buena comunicación oral y/o gestual. Aconsejar hábitos adecuados de higiene, vestido y arreglo personal. Asesorarle acerca de la conveniencia de mantenerse informado de los acontecimientos que ocurren a su alrededor, usando para ello los medios disponibles a su alcance: prensa, radio, TV. Adaptar la información a su patrón de creencias y valores. En caso de no satisfacción de esta necesidad, hay que tener en cuenta su influencia en multitud y variedad de factores y considerar las complejas interacciones que pueden producirse con otras necesidades.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

Valoración periódica de cada una de las áreas funcionales que interactúan en esta necesidad (sistema osteoarticular, neurológica.). Facilitar la práctica de ritos y encuentros significativos para la anciana. Dar espacios de tiempo, en la relación, para que el anciano exteriorice sus necesidades anímicas y espirituales. Ayudar al anciano, a través de charlas y encuentros con otras personas, para que pueda



entender otros valores que existen en la sociedad. Respetar los tiempos que el anciano dedica a la práctica de sus creencias.

NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Determinar el patrón habitual de ocupación y entretenimiento. Si es preciso, adiestrarle/ayudarle en la confección o modificación de un nuevo patrón: Identificar y fomentar las actividades de ocupación y ocio, individuales y grupales, que pueden ser realizadas. Escoger las actividades que quieran y puedan ser practicadas. Proporcionar y/o ayudar a conseguir material específico.. Aconsejar la postura más cómoda para la realización de determinadas tareas. Procurar que, siempre que sea posible, se realicen actividades grupales y fuera del domicilio, ya que se fomenta además la comunicación y la actividad física.. Respetar siempre los gustos. Contemplar periodos de inactividad.

MEDICAMENTOS:

Llevar un registro diario de los medicamentos administrados y ministrados. No brindar medicamentos inmediatamente al término de sus alimentos.Llevarla a otro sitio de su casa para la toma de sus medicamentos y acceda con más facilidad. Mantener números telefónicos a la vista en caso de emergencias. Explicar en todo momento para qué es cada medicamento así facilita la comprensión de la paciente y facilita su colaboración. No tomar medicamentos con alcohol.

AGRESIVIDAD:

El comportamiento agresivo implica la confrontación o la acción belicosa contra alguien o algo; trate de calmar los sentimientos de enojo y frustración antes de llegar a la agresión. Si el paciente se vuelve verbalmente agresivo, no tomarlo en



forma personal, por que la enfermedad es la que esta causando este comportamiento y no la persona. Evitar confrontar al paciente, hablar en un tono bajo suave y tranquilizador. No reaccionar de forma exagerada, ni asustar al paciente lo cual sólo puede incrementar la agitación. Rehúya la agresión física, retírese en cuanto decida brindar un golpe. Minimizar la restricción del paciente (deteniendo las manos y brazos si este se vuelve agresivo, esto sólo aumenta el enojo). Eliminar objetos que comprometan la salud del paciente y el de entorno. Buscar signos de depresión.

ENOJO E IRRITACIÓN:

Interactuar de manera gentil con el paciente. Simplificar la tarea para el paciente y dar instrucciones paso a paso. Hablarle despacio y con claridad. Incluirla en las conversaciones por que la mala interpretación puede provocar enojo.

Dejar que la paciente nos vea antes de tocarla. Hacer una sola pregunta a la vez. No contradecir o regañar al paciente. Ofrecer ayuda si la paciente esta luchando en la tarea asignada. Si se enoja retírese y dar tiempo a la persona para que se tranquilice. Vigilar el estado de sueño por que la fatiga puede producir enojo. Identificar zonas donde refiera dolor. Distraer con bocadoillos u otra actividad cuando empieza su enojo. Tranquilizar con abrazo o demostración de afecto.



VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Los componentes del comportamiento problemático de la tercera edad pueden ser muy molestos tanto como para el paciente y la familia; el pobre manejo puede tener como consecuencias inmediatos cambios frecuentes del personal de asistencia en casa, así como gastos excesivos para intentar cambiar parcialmente el tipo de conducta en el paciente.

Uno de los objetivos de implementar el proceso de atención de enfermería es brindar el cuidado al paciente con excelencia y a disminuir las molestias causadas en la familia y los cambios de los familiares a las situaciones presentes del paciente con demencia, que muchas veces son el resultado de la falta de conocimientos y aceptación de los problemas presentes.

Durante el cuidado brindado, se preparó y se concientizó a los familiares con el fin de establecer sistemas de cuidados sanos y organizados, basados en diferentes técnicas y terapias humanistas y conductuales, siendo éste personalizado tomando como referencia los problemas prioritarios del paciente y de la familia.

Al tener a cargo a un paciente de la tercera edad con demencia es un trabajo extenuante y emocionante, los sentimientos encontrados con regularidad son el enojo y la culpa por parte de los familiares al no saber cómo conducir y dirigir a su familiar por lo que la salud mental de uno mismo debe estar imprescindible para orientar, actuar y solucionar las reacciones de ambas partes, concientizando a la parte racional(familiares) que se adecuen al mundo del paciente sin correcciones agresivas siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente.



El nivel emocional es de importancia para brindar afecto y cariño sin deslindarse del trabajo profesional siendo la terapia mas utilizada la sonrisa y arma mortal para dejar el lado oscuro de las situaciones difíciles o el incremento de tensiones, cuando la risa actúa la energía decrece viendo el lado cómico de la situación.

El papel de las familias y de los enfermeros tiene una gran importancia porque sobre ellos recae la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado del paciente con Alzheimer. El 35% de los familiares abandonan sus trabajos para cuidar a sus enfermos. Es una problemática saber que uno de cada cinco ancianos mayores de 80 años padece esta enfermedad. El 20% de los casos de Alzheimer se diagnostican en su etapa inicial. La próxima década debe ser la de consolidación de los derechos de las personas dependientes.

Una de las complicaciones en estos pacientes es la presencia de desnutrición por el olvido de las cosas lo cual en la práctica se requiere asegurar la ingesta adecuada de energía y nutrimentos en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, para mantener un estado nutricio adecuado y contribuir a mejorar su calidad de vida



IX.- BIBLIOGRAFÍA.

- ACKLEY J.B: Manual de diagnósticos de enfermería, guía y plan de cuidados, 7ed, ED MOSBY.2000.
- ADAM, E. Être infirmière: un modele conceptuel. 3ª ed. Montréal: Etudes Vivantes, 1991, pp 25.
- Agüera O: Alzheimer"100 preguntas mas frecuentes" 2002 ,pp 7-35.
- CARPENITO, J: Plan de cuidados y documentación en enfermería, ED INTERAMERICANA, MC-GRAW HILL, ESPAÑA, 1994, pp 1-75.
- Dewji MS, et al: Risk Factor for Alzheimer Disease. Am J Hum Genet 1994; 54:643–9.
- Encabelos R, Enfermedad de alzheimer"etiopatogenia, neurología, y genética molecular",1991 pp. 35-68.
- Gauntlet B.P et al. Enfermería medico quirúrgica, 3ªed, ED HARCOURT, pp.870-1084.
- Graever MBe, et al. Rediscovery of the case described by Alois Alzheimer in 1911: historical, histological and molecular genetic analysis. Neurogenetics 1997; 1:73.
- Hyuver C et al: Geriatría, Editorial MANUAL MODERNO, 2006, pp. 371-399.
- Kamboh MI. Apolipoprotein E polymorphism and susceptibility to Alzheimer's disease. Human Biology 1995;67:195–215.
- Kaschak N: Planes de cuidados en geriatría, Editorial MOSBY, pp. 2-261.
- Martínez A, :Geriatría.1994
- Jaffe M et al: Enfermería en atención domiciliaria, valoración y planes de cuidados, ED HARCOURT, 3 ed Madrid España, pp 160-172.
- Moreno M: Como cuidar un enfermo en casa, ED MANUAL MODERNO, 1 ed, Chia Colombia, pp 57-77.



- Noriega B.: Proceso de envejecimiento.
- Petersen, R: Guía de la clínica mayo “la enfermedad de alzheimer”, Sistema Inter. Editores, 2002.pp. 3-203.
- REYES, V: Manual de organización general del servicio de enfermería universitaria en el hogar.2006.
- Ribon .C: Manual practico” pausa para la salud” campaña nacional contra la obesidad y sobrepeso, pp 1-48.
- RIOPELLE ; et al : Repertoire Diagnostics infimiers selon le modele de V.Henderson. Montréal: MC GRAW HILL, 1986.ADAM, E. Op. Cit. Pp 25.
- Samll GW, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders. JAMA 1997;278;1363–7.
- Schaefer E.C: Terapia de juego con adultos, Editorial MANUAL MODERNO 2003 pp. 171-182.
- Sholtis, B.L: Enfermería medico quirúrgica; Vol. I ,8ª edición, Editorial MC-GRAW HILL, pp. 141-178.
- http://www.neurorehabilitacion.com/ejercicio_fisico.htm.
- [.images.google.com.mx/imgres?imgurl.http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tfe/17/images/tfisio53.gif&imgrefurl](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tfe/17/images/tfisio53.gif&imgrefurl)
- [.http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tfe/17/personal/tfisios3](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tfe/17/personal/tfisios3).
http://www.pronat.com.mx/productos/salmon_plus_pw.htm.



X.- ANEXOS. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO	
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA	
Servicios de Enfermería Universitaria	
Instrumento de valoración del estado de las necesidades básicas	
Ficha de identificación:	Fecha de Valoración clínica: 28 de Febrero del 2007
Nombre del paciente: D.J.R	
Sexo: <u>Femenino</u>	Edad: <u>92 a</u> Estado civil: <u>Viuda</u> Originario: <u>Monterrey.</u>
Domicilio: <u>Pensilvania # 222 Dpto. 002 col Nápoles, Benito Juárez</u> TEL	
Persona responsable: <u>SR H.L.J Y MA E .L.J.</u> TEL	
Aviso en caso de urgencia: <u>R.L.J</u> TEL:	
Médico Tratante TEL:	
Diagnóstico médico: <u>DEMECIA DE TIPO ALZHEIMER, CARDIOPATIA ISQUEMICA, PROBLEMA VASCULAR</u>	
Fuente de datos _____	
1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN. I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
Estado de conciencia: <u>CONCIENTE CON TENDENCIA A LA CONFUSIÓN Y DESORIENTACIÓN.</u>	
¿Padece usted alguna enfermedad respiratoria o pulmonar? Si <u>+</u> No <u>___</u> ¿Cuál? <u>NO SABE BIEN</u>	
Tiempo de evolución <u>-----</u> Fuma Si <u>-----</u> No <u>-----</u> Tiempo de Evolución: <u>-</u> <u>-----</u>	
¿Usa algún dispositivo de oxigenación? Si <u>----</u> No <u>+</u> ¿Cuál? <u>Continúo</u> <u>-----</u> Intermitente <u>-----</u>	
¿Presenta problemas cardíacos? Si <u>+</u> No <u>-----</u> ¿Cuál? <u>DESCONOCE</u> Evolución <u>-----</u>	
¿Es usted hipertenso? Si <u>+</u> No <u>-----</u> Evolución <u>-----</u>	
Padece problemas sanguíneos Si <u>+</u> No <u>-----</u> ¿Cuál? <u>OCLCUSION ARTERIAL</u> Evolución: <u>2 AÑOS.</u>	
Signos y síntomas presentes <u>LESION DERMICA EN MS PELVICOS, VENAS VARICOSAS, PIES FRIOS, PULSOS PEDIOS DISMINUIDOS.</u>	
Usa algún dispositivo cardíaco o vascular Si <u>-----</u> No <u>-----</u> ¿Cuál? <u>-----</u> Fecha de instalación <u>-----</u>	
S/V TA 110/60 FC 72 FR 20 TEM 36°C IMC 20.6	
Exámenes de laboratorio <u>-----</u>	
Medicamentos prescritos <u>Felodipino /ramapril 2.5mg (1/2 gragea) VO C/48hrs.Moni trato de Isosorbide 10mg (1/2 tableta) VO C/12 hrs.Digoxina 0.25mg (1/2 tableta) VO C48hr.Acenocumarol 1 mg (1/4 tableta) VO C /12 hrs.Vitamina E 1 capsula C/48hrs</u>	
Cirugía cardiorrácica <u>-----</u>	
Otros. <u>PO DE TROMBOSIS EN 2002,EMBOLIA EN MPD HACE 4 AÑOS,EVC HACE DOS AÑOS.</u>	
2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN. I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
¿Su capacidad de alimentación es? <u>PARCIALMENTE DEPENDIENTE. UTILIZA UTENCILIOS PARA COMER POR SI SOLA, ENFADO CUANDO SE LE AYUDA.</u>	
Alimentos que consume usualmente <u>DE TODO TIPO.</u>	
Alimentos de su preferencia <u>DE TODO</u> T. de los alimentos <u>FRUTAS ,VERDURAS ETC</u>	
Alergia alimentaría Si <u>----</u> No <u>+</u> T. de alimento <u>NEGADO</u>	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Cantidad de líquidos que ingiere	DE UN LITRO A LITRO Y MEDIO.
Su estado hídrico es	BUENO, PRESENCIA DE TURGENCIA, MUCOSAS HIDRATADAS
¿Tiene problemas bucales? Si ---- No +	De la Deglución Si ----- No +
Utiliza alguna prótesis dental: Si + No	Completa o parcial: COMPLETA
Gastroesofágicos Si ___ No +	¿Cuáles? _____
Padece Diabetes M. Si ___ No + T. de evolución-----	
Enfermedades endocrinas	NEGADO
Enfermedades hepáticas	NEGADO
Cirugías realizadas HISTERECTOMIA	Drenaje -----
Estomas-----	
Signos y síntomas presentes:-----	
Peso 57 KG	Talla 1.65CM
IMC 20.6	
Medio de monitoreo de glucosa	VISITA MEDICA.
Exámenes de laboratorio y gabinete	REFIEREN REALIZARLO CADA TRES MESES.
Medicamentos prescritos	ACEITE DE SALMON
Otros	
3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
Presenta vomito: Si ___ No + Frecuencia-----	Cantidad -----
Sudoración excesiva: Si ___ No + ¿Cuándo?-----	
Presenta alguna de las siguientes alteraciones:	
Renales: Si ----- No + ¿Tipo de problema?-----	
Urinarias: Si + ___ No ___ ¿Tipo de problema? UTILIZA PAÑAL ¿Cuántas veces orina?	3-4 VECES
Características de la orina AMARILLO AMBAR, FETIDO Estomas urinarios-----	
Menstruales: Si ___ No + ¿Cuál?	Secreción vaginal o de pene NEGADO
Intestinales. Si + ___ No ___ ¿Cuáles?	ESTREÑIMIENTO, HIPOMOTILIDAD INTESTINAL.
Estomas intestinales: Si ___ No + Características del estoma-----	
Anorectales: Si ___ No + ¿Cuáles?-----	
Tiene problemas para defecar: Si + ___ No ___ ¿Tipo de problema?	ESTREÑIMIENTO.
Tipo de ayuda que requiere para la eliminación urinaria y fecal:	TOTAL
Signos y síntomas presentes: DIFICULTAD PARA EVACUAR, IRRITABILIDAD, TIEMPO PROLONGADO PARA DEFECAR (2-3) DIAS	
Exámenes de laboratorio y gabinete:	NO CUENTAN CON EXAMENES.
Medicamentos prescritos:	SENISIDAOS A-B (SEKOT).
Otros:	LICUADO DE PLATANO CON CIRUELA PASA.
4.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA. I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
Padece alguna afección que dificulte la movilización: Si + ___ No ___ ¿Cuál es la causa? EVC HACE 2 AÑOS	
Deambula	MUY POCO
El grado de movilidad articular es:	DISMINUIDA
Presenta dolor al moverse: Si + ___ No ___ Región anatómica MIEMBRO TORAXICO Y PELVICO DERECHO	
De acuerdo a la EVA determine el grado de dolor:	6
Es capaz de realizar su auto-movilización corporal: Si ___ No + ¿Por qué? LIMITACIÓN DE VIMIENTOS	
Usa dispositivos para moverse: Si + ___ No ___ ¿Cuál? ANDADERA, BASTON, SILLA DE RUEDAS	
Tipo	
Perdida de la fuerza muscular: Si + ___ No ___ ¿En que zona del cuerpo? MIEMBROS TORAXICOX Y PELVICO DERECHO	
Padece de contracturas y rigidez de las articulaciones: Si + ___ No ___ ¿De que tipo? ARTICULAR	
En el ultimo año se ha realizado densitometría	NEGADO
¿En cual de las siguientes actividades básicas requiere ayuda? (Escala de Katz)	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Al bañarse	Si +	No	¿Por qué?	INMOVILIDAD	
Al vestirse	Si +	No	¿Por qué?	INMOVILIDAD	
Al ir al WC	Si +	No	¿Por qué?	INMOVILIDAD	
Al desplazarse por las diversas habitaciones de la casa	Si +	No	¿Por qué?	EN SILLA DE RUEADAS	
Al alimentarse	Si +	No	¿Por qué?	FALTA DE VOLUNTAD Y OLVIDOS	
Medicamentos prescritos	LONOL GEL				
Otros LA MAYOR DEL TIEMPO SE ENCUENTRA SENTADA EN SILLA DE RUEDA, CIFOCIS EN COLUMNA VERTEBRAL.					
5.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL I <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo					
¿Ha presentado algún problema con su piel o uñas?	Si +	No	Tipo de problema	ONICOMICOSIS	
Tiempo de evolución				DESCONOCIDO	
¿Periodicidad de aseo personal? DIARIA Hora MATUTINO Periodicidad de Aseo Bucal				3 VECES	
Aseo de manos	MAS DE TRES VECES	Corte de Uñas	CADA 15 DIAS	Se afeita	DEPILACIÓN DE BIGOTE
¿Condiciones y estado de la higiene corporal oídos, ojos, boca, nariz, de la piel etc actual?				LIMPIOS	
Tipos de ayuda requerida para su higiene y protección de la piel				SHAMPOO, CREMA CORPORAL. HIPOGLOS.	
Medicamentos prescritos	----				
Otros					
6.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo					
La temperatura de su agrado es:	Fría	Cálida +	Calurosa	-----	
Hay situaciones que influyen en su temperatura corporal	Si +	No	¿Cuáles?	CLIMA	
Su vivienda propicia una temperatura adecuada	Si +	No	¿Por qué?	EXIST VENTILACION	
7.- NECESIDAD DE VESTIR PRENDAS I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo					
¿Con que frecuencia cambia su ropa personal?	CADA TERCER DIA	¿de cama?	CADA SEMANA		
¿Tiene dificultades para elegir su vestuario?	Si +	No			
El tipo de ropa que le agrada es:				ALGODÓN	
Existen situaciones que influyen en su manera de vestir?				Si No + ¿Cuáles?	
Requiere ayuda para vestirse y desvestirse	Si +	No	¿Por qué?	INMOVILIDAD CONFUSIÓN	
Otros:					
8.- NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo					
Cuantas horas duerme usualmente				7-8 HORAS	
Presenta problemas para dormir	Si +	No	¿Cuál?	DESPERTARES POR LA MADRUGADA	
¿Desde cuando? NO RECUERDAN					
¿Cuál es la causa a la que atribuye su problema de sueño o descanso?	ENVEJECIMIENTO				
Medicamentos prescritos					
Otros					
9.- EVITAR PELIGROS I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo					
Como considera su actitud	Afable <input checked="" type="checkbox"/>	Defensivo <input type="checkbox"/>	Aislado <input type="checkbox"/>	Agresivo <input checked="" type="checkbox"/>	Agitado <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún medio de protección física?	Si	No +	¿Cuál?		
El paciente presenta riesgo de caída	Si +	No	Riesgo de contagio		
Utiliza algún dispositivo Ojo-Oído:	Si +	No	¿Cual?	POSOPERADA DE LENTE OCULAR	
Requiere de algún método de prevención de daño corporal	Si +	No	¿Cuál?	ULCERAS POR DECUBITO	
Su patrón cognitivo perceptivo es: CONCIENTE					
Nivel de conciencia:	Desorientado /confuso +	Somnoliento	Inconsciente		
Alteraciones sensoriales: Agudeza visual: ojo derecho AL ojo izquierdo NL Usa gafas:					
Agudeza auditiva: oído derecho NORMAL oído izquierdo DISMINUIDO Usa prótesis NO +					
Vacunas	NO RECUERDAN				
Otros					
ALERGICA ASULFAMIDAS					
10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN. I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo					
Como se relaciona con sus familiares y otras personas	POCO DIALOGO, INCOHERENTE, CONFUSO				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Su convivencia familiar es activa. Si + No ¿Por qué?	ACOMPANAMIENTO PARCIAL
Pasa sólo largas horas del día y de la noche. Si No + ¿Por qué?	ESTA UN FAMILIAR A SU LADO
Su estado de conciencia, sensorial y verbal es:	CONFUSO, DESORIENTADO, INCOHERENTE
Frecuenta diferentes contactos sociales. Si + No ¿Cuáles?	FAMILIARES, POCO
Otros	
11.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
Su nivel académico es:	PRIMARIA
¿Qué sabe de su enfermedad o de su estado actual físico?	DESCONOCE
¿Qué le gustaría saber?-----	
Su actitud es: Colaborador + Evasivo	
Presenta limitaciones cognitivas: Si + No ¿De que tipo?	
Identifica las fuentes de apoyo familiares, amistades y de la comunidad para su cuidado	SÍ
Se interesa por resolver sus problemas de salud	NO
Su estado mental, de orientación, comprensión y juicio es:	CASI NULO
Acepta la consejería para mejorar o mantener su salud	AVECES
Otras manifestaciones	
12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
¿En que trabaja?	COMERCIO, AMA DE CASA
¿Cuál su rol familiar?	MADRE
¿Que actividades le hacen sentir útil y satisfecho?	TRABAJAR Y SER MADRE
Influye su situación en el desarrollo de su rol social y/o familiar: Si + No ¿De que manera?	NO HAY TOMA DE DECISIONES
Otros	
13.- NECESIDAD DE DISTRAERSE Y ACTIVIDADES RECREATIVAS. I <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
¿En que ocupa su tiempo libre? LECTURA, JUEGO, VISITA A LA IGLESIA, PARQUE.	
¿Cuáles son las actividades de juego de su interés? CARTAS.	
Hay alguna situación que le haga perder el interés por distraerse? CASI SIEMPRE	
¿Cuál es su opinión acerca del ejercicio y su edad? SIN IPINIÓN	
14.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES I <input type="checkbox"/> PD <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Riesgo	
¿Cuál es su religión?	CATOLICA
¿Cuáles son sus creencias acerca de su salud o de su estado actúa?	
¿Cuáles son sus principales preocupaciones?	FAMILIA
Es para usted fácil tomar decisiones: Si No + ¿A que lo atribuye?	DEMENCIA
¿Qué piensa usted de la vida?	-----
¿Qué piensa usted de la muerte?	-----