

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: APLICADO A UN ADULTO  
MAYOR CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE MOVILIDAD.

PRESENTA:  
OLIVA AMARO MYRNA XITLALI.

NO. CUENTA:  
406021199.

ASESOR ACADEMICO

---

VIRGINIA REYES AUDIFFRED.



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.

## AGRADECIMIENTOS.

### A MI MADRE:

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

### A MI ESPOSO:

*Por el apoyo comprensión y tolerancia por estar al pendiente de mis necesidades para alcanzar esta meta tan importante en mi vida. Gracias.*

### A DIOS:

*Por haberme permitido la vida y la oportunidad de haber llegado aquí de darme a las personas correctas en mi camino para que pudieran ayudarme a no desubicarme.*

## INDICE

I. Introducción	4
II. Objetivos Generales	6
III. Metodología	7
IV. Antecedentes del Servicio de Enfermería en el Hogar	8
V. Marco Teórico	9
5.1. Virginia Henderson	10
VI. Marco Teórico	13
6.1 El Proceso Atención de Enfermería	13
6.2 Proceso de Envejecimiento	21
6.3 Patologías.	27
6.3.1 Lesión Medular	27
6.3.2 Dolor Crónico	34
6.3.3 Dolor Neuropatico	36
6.3.4 Colostomía	37
6.3.5 Aspectos Dietéticos Nutrimientales en el Paciente Ostomizado	38
6.3.6 Ulceras por Presión	39
6.4 Escalas Geriátricas	42
VII. Aplicación Proceso Atención de Enfermería	44
7.1 Descripción del Caso	44
7.2 Valoración de Enfermería	44
7.3 Diagnósticos de Enfermería	50
7.4 Planes de Atención de Enfermería	52
7.5 Conclusiones	70
VIII ANEXOS	
Plan de alta	72
Medicamentos	73
Técnica de Relajación	75
Valoración Multidimensional	76
Bibliografía	89

## **I. INTRODUCCIÓN.**

México, no ha sido la excepción y la población de adultos mayores de 60 años ha ido en aumento, actualmente se estima que es, aproximadamente, de 6 millones de personas y de acuerdo a las proyecciones que se han realizado se calcula que en el 2010 llegará a los 10 millones continuando con una tasa de crecimiento superior a 3.5%, esto es algo inédito en la historia demográfica de nuestro país.<sup>23</sup>

Al aumentar este tipo de población, es necesario que el país se prepare para su eficiente atención, para que el adulto mayor pueda desarrollar su vida a plenitud.

No existen muchos estudios sobre la problemática de salud a la que se enfrentan este tipo de personas, sin embargo, a través de aquellos que hemos encontrado, podemos deducir que algunas de las que más aquejan a este grupo son: las infecciones de todo tipo, la incontinencia urinaria, el insomnio y algunas enfermedades degenerativas. Al mismo tiempo, es en esta etapa donde el adulto comienza a ser innecesario para los jóvenes que le rodean, la familia no lo toma en cuenta para las grandes decisiones y es recriminado por actitudes propias de su edad, todo esto lo va orillando a que presente depresión que con el tiempo aumentan en intensidad, generando un proceso de aislamiento, prefiere estar solo, guardar sus opiniones y molestar lo menos posible, no lo hace sólo con la familia, sino que siente que la sociedad también opina lo mismo y cada vez se sumerge más en un aislamiento social, ya no asiste a reuniones, se olvida de las amistades y su círculo social se va estrechando hasta que se encuentra completamente solo, situación que repercute en su estado de salud- enfermedad.

Para muchos adultos mayores la relación familiar y con el entorno es fundamental para sentirse aceptados y adaptarse a los cambios que día con día impone el proceso normal de envejecimiento, que se caracteriza por modificaciones físicas, psicológicas y sociales, sin olvidar las afectivas que son fundamentales para todo ser humano, pero sobre todo a esta edad, cuando se pierden facultades y lo que el adulto mayor busca es la aceptación tal como es, aunque algunas veces ni él mismo se acepta. Además, también, se acompaña de carencias económicas, falta de servicios especializados de salud, abandono familiar, soledad, pérdidas emocionales, falta de un rol familiar y muchas otras situaciones que lo hacen inestable. Por lo que debemos comprender que el proceso de envejecimiento no sólo son cambios fisiológicos sino que es una etapa del ciclo vital de la vida trascendental y que debemos acompañar, ayudar y apoyar al adulto mayor para que conserve su autonomía e independencia y bienestar emocional, que le permitan continuar con una vida saludable y plena.

En el presente trabajo se desarrolla el caso clínico de un adulto mayor con la problemática alteración en la necesidad de movilidad. Se presentan los objetivos que se plantearon en el estudio del caso, los antecedentes históricos del Servicio de Enfermería Universitaria en el hogar. Siguiendo con el marco conceptual, en el cual se describe el Proceso Atención de Enfermería con cada una de sus etapas a si como también el modelo de Virginia Henderson.

Se manejan los aspectos teóricos de las diferentes patologías y problemas que afectan al adulto mayor, se incluye la valoración geriátrica.

Se incluye la valoración por datos de independencia y dependencia obtenidos de la valoración geriátrica y después se prosigue con el desarrollo de los planes de atención con sus respectiva fundamentación, así como de la evaluación de los cuidados proporcionados.

Se termina con las conclusiones de los resultados obtenidos en el periodo de seguimiento de los cuidados al paciente.

## *II. OBJETIVOS*

### **OBJETIVO GENERAL**

Llevar a cabo la realización de un Proceso Atención de Enfermería teniendo como base el modelo conceptual de Virginia Henderson, aplicado a un adulto mayor de 69 años con una lesión medular.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Llevar a cabo la aplicación del instrumento de valoración para detectar los factores de riesgo en el adulto mayor.

Estructurar los diagnósticos de enfermería real y de riesgo en base a los factores de riesgo detectados.

Establecer un plan de cuidado de enfermería enfocados a satisfacer o mantener las 14 necesidades del adulto mayor con especial énfasis en las necesidades de comunicación, recreación, ocupación, confort y descanso.

### **III. METODOLOGIA.**

Para el presente proceso atención de enfermería se eligió a un adulto mayor del Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar; al cual se otorga el servicio A partir del 03 de octubre del 2009.

Primero, se revisó el expediente clínico, se realizó llamada telefónica al cuidador primario, informando los objetivos del estudio de caso, solicitando autorización, para que permitiera la aplicación del PAE.

Posteriormente, se realizo una valoración geriátrica al AM y otra al cuidador primario utilizando diferentes escalas.

A través de esto se identificaron las necesidades afectadas y fortalezas del entorno. La valoración se realizó en una sesión de 6 horas, después se realizo una exploración física céfalo caudal y una entrevista al AM y al cuidador primario, una otra valoración se realizo a los tres meses. Posteriormente se realizó revisión bibliográfica sobre las patologías presentes, así como aquellos cambios fisiológicos propios del envejecimiento, para la formulación de los diagnósticos de enfermería e iniciar con la planeación de las intervenciones de enfermería jerarquizando aquellas necesidades que requieren mayor prioridad.

Las intervenciones de enfermería se brindaron a partir del 21 de agosto del 2009, tres veces a la semana, estando cargo de los cuidados de enfermería dos pasantes de la licenciatura de Enfermería. Se dio seguimiento hasta el 10 Junio del 2010. Cada treinta días se realizo la evaluación a través de la revisión de los objetivos y los resultados de enfermería, por lo que, simultáneamente se revisaron las intervenciones de enfermería implementadas, realizándose modificaciones necesarias al plan de atención.

#### **IV. ANTECEDENTES Y DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIA EN EL HOGAR SEUH-ENEO**

Siendo director de la ENEO el Lic. Severino Rubio Domínguez y ante la preocupación de contar con un espacio a través del cual los estudiantes de la ENEO adquieran las habilidades y destrezas durante su formación y así al egresar un perfil profesional para satisfacer la demanda de cuidado de la persona en el hogar y coadyuvar a las nuevas políticas nacionales e internacionales para el cuidado de la salud y como otra de las alternativas para el desarrollo de intervenciones independientes de enfermería que favorezcan el ejercicio libre de la profesión; se abre el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar (SEUH) como una de las actividades importantes a realizar por la Coordinación de Extensión Académica y Servicios de Enfermería Universitaria.

El 23 de Diciembre de 2005, se inicia como proyecto piloto el SEUH, con la atención de enfermería en su hogar a un adulto mayor con Cáncer de hígado, otorgándole cuidados por 45 días las 24 hrs. del día a través de 4 estudiantes de enfermería de 6º. Semestre. Para el mes de Febrero, solicitan Servicio de Enfermería en el Hogar tres personas más, por lo que es necesaria la difusión de programa entre estudiantes de 5º Semestre inscribiéndose a este 10, más dos pasantes de enfermería asignadas a realizar su Servicio Social en el SEUH. Para el mes de agosto, el SEUH proporcionaba cuidados de enfermería en promedio a 5 personas en los diferentes turnos a través de dos pasantes de enfermería y 20 estudiantes de 5º a 8avo Semestre de la Lic. Enfermería y Obstetricia. En Agosto del 2006 son asignadas 7 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia a través de las cuales se brinda cuidado de enfermería en su hogar a 7 personas en los diferentes turnos. Actualmente realizan Servicio Social en promedio 10 pasantes a través de las cuales se brinda en promedio a 10 personas, cuidados de enfermería en el hogar.

En Enero del 2008 como una necesidad de revisar y mejorar la metodología del cuidado a la población que más solicita el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar es sometido a evaluación el proyecto de investigación "Desarrollo y evaluación de un modelo de atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar" es aprobado como PAPIIT IN310108. Es a partir de este proyecto como se inicia la implementación del cuidado de enfermería en base al modelo de Virginia Henderson, la taxonomía de la NANDA, NIC-NOC.

## **V. MARCO CONCEPTUAL.**

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaria según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

## 5.1 VIRGINIA HENDERSON

### TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

### PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.<sup>1</sup>

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

#### Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- **Respirar**: Implica el aporte esencial de oxígeno, la difusión de gases a nivel pulmonar, el intercambio a nivel celular y la expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.
- **Alimentarse e hidratarse**: ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

---

<sup>1</sup> Luis Rodrigo, Maria Teresa. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Mode Conceptuel de Virginia Henderson Cap. 4 pp 35-41.

- **Eliminar**: rechazo de sustancias nocivas, o inútiles que resultan del metabolismo.
- **Moverse, conservar una buena postura**: (mantener una circulación adecuada) es el impulso generado en los músculos y los miembros o ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio. Es el mantenimiento de una buena alineación corporal.
- **Vestirse y desnudarse**: protección del cuerpo del clima, de las normas sociales y de la decisión personal.
- **Dormir y reposar**: (conservar un estado de bienestar aceptable) es la interrupción del estado de conciencia y de actividad, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort.
- **Mantener una adecuada temperatura corporal**: equilibrio entre la producción de el calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.
- **Mantener higiene corporal, proteger la piel**: cuidado de la higiene corporal y de la imagen personal.
- **Evitar peligros**: (mantener la integridad física y mental) protección contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad.
- **Comunicarse con otros**: establecer lazos con los seres próximos y con la persona de su entorno en forma clara y entendible.
- **Actuar de acuerdo con sus creencias y valores**: practicar su religión y actualizar sus valores.
- **Preocupa de su propia realización**: (conservar su propia autoestima) utilización de forma útil, eficaz y valorizadora.
- **Recrearse**: necesidad de esparcimiento y juego.
- **Aprender**: adquirir conocimientos. Recibir información, integrar cosas nuevas.

## **Definición de Enfermería**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

## **METAPARADIGMA.**

### **Salud**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

### **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

### **Persona (paciente)**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

**Independencia.** Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término “situación de vida” se refiere al “aquí y ahora” de la persona e incluye los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas etc.), como los socioculturales (experiencia previas, nivel cultural, entorno físico y social en el que viven) y espirituales (ideas, creencias y valores).

**Dependencia.** Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad. Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y por el otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

**Dificultades.** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que le impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

- ✓ **Falta de fuerza:** Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, o cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- ✓ **Falta de Conocimientos:** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre todo los recursos propios y ajenos disponibles.
- ✓ **Falta de Voluntad:** entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

**Autonomía.** Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. Tanto la definición de autonomía como la de fuerza hacen referencia a capacidades físicas y psíquicas para realizar las acciones necesarias con objeto de satisfacer las necesidades básicas la cual puede inducir a confusión.

La diferencia entre una y otra estriba en un hecho de que exista o no un potencial a desarrollar. Es decir en la falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene capacidades que pueden desarrollarse.<sup>2</sup>

## **VI. MARCO TEORICO.**

### **6.1 El Proceso de Atención de Enfermería**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una serie de acciones que permita cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

#### **Las características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos

---

<sup>2</sup> Marriner Toney Ann. Modelos y Teorías de Enfermería Virginia Henderson. Definición de Enfermería Cap 9 pp 99-109.

conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### **Las ventajas:**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

**Los pasos del PAE son la** valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en un proceso organizado y sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diferentes fuentes llámense familiares, el propio cliente y otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación de enfermería con el propósito de analizar y establecer conclusiones, para establecer de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente. La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la presentación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a

reunir todos los datos que contenga a su alcance, procedente de diversas fuentes. Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como fuente primaria, que debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se puedan tener acceso y tengan una vinculación con el paciente. Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales y potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera. Podemos señalar que la valoración es la recogida de datos y consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primaria y secundaria. El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos y utilizar un método de entrevista, la observación y la exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados. Asimismo, los principios del razonamiento crítico favorecen la adquisición de una base de datos organizada, exacta y sistemática de cada paciente.

**Diagnóstico de Enfermería:** Se ha de considerar este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusión relativa a los datos que se han recogido y analizado. Por lo tanto el **diagnóstico** permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante proceso deductivo a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera. Por otra parte, es un hecho significativo la existencia de varias formas de expresar los diagnósticos de enfermería, es decir, existen diversos **Sistemas de Diagnósticos**. Asimismo, la NANDA ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería reales, de alto riesgo, y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- ➔ **Diagnóstico de enfermería real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante proceso de la vida.
- ➔ **Diagnóstico de enfermería de alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia, o una comunidad para desarrollar un problema, y otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo conductas, enfermedades o circunstancias que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.
- ➔ **Diagnóstico de enfermería de bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel más elevado.

**Planificación**: Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación de diagnósticos y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de la planificación se elaboran los objetivos, los que serán capaces de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería y las intervenciones de enfermería que describen la forma en que el profesional de la enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.

Así pues, hemos de entender que esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados, es decir, para la realización de un programa o plan de acción antes de su puesta en práctica y consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que estos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución

por lo general los objetivos a medio y a largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizá este sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que describan en ese momento se confirmará la validez y la eficacia del mismo.

4. Documentación del plan. Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el **plan de cuidados** constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

**Ejecución:** Supone la respuesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan las intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por lo tanto, podemos señalar que se trata de la fase del Proceso Atención de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Asimismo, durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, presenta cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros. En este sentido, las actividades intelectuales, interpersonales y técnicas desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas. La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecidos.

1. Análisis del conocimiento de enfermería y las habilidades necesarias.
2. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
3. Proporcionar los recursos necesarios.
4. Preparar un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos. Generalmente, la ejecución de la atención enfermera, se ajusta a una de estas seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Finalmente, en la etapa de documentación tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa de Proceso Atención de Enfermería.

**Evaluación.** Es la última fase del Proceso Atención de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las actuaciones enfermeras específicas se planearon para resolver problemas del paciente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél. En esta fase, el **diagnóstico** y los **objetivos** propuestos para la resolución del problema se utilizarán como marco para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objetivo de la evaluación.

- Por lo tanto, se ha de considerar la **evaluación** como una actividad intelectual que completa las otras frases del proceso, pues implica el grado que en el diagnóstico y las intervenciones de enfermería correspondientes han sido correctas. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicara a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.<sup>3</sup>

### **CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)**

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochterman) y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El quipo desarrollo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como “Cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a laos individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales”.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo, estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente de entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos.

La clasificación se actualiza continuamente y se han publicado cuatro ediciones, la edición de 2004 consta de 514 intervenciones agrupadas en 30 clases y 7 dominios para facilitar su uso. La NIC puede utilizarse en todos los ámbitos (desde unidades de cuidados intensivos, a la atención domiciliaria, cuidados socio sanitario y asistencia primaria) y en todas las especialidades (desde pediatría y obstetricia hasta cardiología y gerontología). Aunque la clasificación define el dominio de la enfermería, algunas de las intervenciones pueden ser proporcionadas por parte de otra disciplina.

Las intervenciones NIC se han relacionado con los diagnósticos NANDA, y se ha traducido a 9 idiomas, la clasificación se actualiza continuamente a través de un proceso continuo de retroalimentación y revisión.

}

---

<sup>3</sup> Kozier, Barbara Fundamentos de Enfermeria. Conceptos, procesos y practica. Cap. 3

## **CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS EN ENFERMERÍA (NOC)**

El año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Meridean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera”. Es conocido que numerosas variables, junto con la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizando en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional, y las circunstancias vitales experimentadas. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso, o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidado. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 31 clases y 7 dominios para facilitar su uso. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario. Los resultados se han relacionado con los diagnósticos NANDA, los problemas del sistema Omaha, los patrones funcionales de Gordon, el Long-Term Care Minimum Data Set, el Resident Assessment Instrumento utilizado en residencias, la International Classification of Functioning (ICF) y las intervenciones NIC. La clasificación NOC se ha traducido a ocho idiomas y está experimentando un uso creciente en Estados Unidos así como en otros países.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> NANDA International Diagnosticos Enfermeros “Definiciones y Clasificación 2005-2006”

## 6.2 Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal y universal, que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento que se nace se inicia un proceso continuo donde se presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. El envejecimiento es un fenómeno individual.

La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de el estatus. Todo ello asociado a una situación de vida totalmente negativa.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: **envejecimiento normal o primario**, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el **envejecimiento patológico o secundario**.

Al envejecer fisiológico o "normal" que nunca se puede escapar absolutamente de la influencia del segundo o envejecimiento patológico.

El envejecimiento patológico es por otra parte prevenible para llegar a las etapas finales de la vida en las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista funcional, mental y social.

Toda persona a lo largo de la vida va a sufrir unos cambios en todos sus órganos y sistemas. Estos se ven acentuados después de los 60 años, que como se ha comentado variara entre individuos y tendrá un diferente ritmo en un mismo individuo según la localización. Estos cambios serán bien morfológicos, es decir afectando a la estructura de los órganos, bien funcionales afectando a la función de los mismos.

### Cambios en el aspecto exterior

- Con la edad se reduce la estatura aproximadamente 1 cm por década, a partir de los 40-50 años, por disminución en la altura de los cuerpos vertebrales. El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas. Hay un aumento de la curvatura de la columna vertebral llamada cifosis proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones la vejez.
- La marcha se altera con disminución del braceo y aumento de la base de sustentación.
- La piel pierde flexibilidad y elasticidad con pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas. Disminuyen las glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura.
- El pelo puede perder las células productoras del pigmento melanina y aparecen las canas.

### **Cambios en la composición corporal**

- Con el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas.
- Disminuye el agua corporal en el organismo. En un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal pasando al 50% en los ancianos. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua de dentro de las células. Supone una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano.
- Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco.
- Se pierde también masa ósea lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas.
- Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata.

### **Cambios en los órganos de los sentidos**

- Con la edad se pierden papilas gustativas siendo especialmente llamativa la pérdida de la percepción del gusto para los sabores dulces.
- Se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia a causa de la degeneración del aparato receptor del oído interno en un fenómeno que se llama presbiacusia o sordera del envejecimiento. Esto dificulta la percepción de notas agudas o de consonantes en una conversación lo que puede hacerla ininteligible.
- El cristalino se vuelve más denso, grueso y menos elástico perdiendo la capacidad de enfocar objetos cercanos, en un proceso que se llama presbicia. Quienes lo padecen comienzan a tener problemas al leer las letras pequeñas del periódico, a una distancia normal, pudiéndolas enfocándolas al separar el periódico. La agudeza visual disminuye también con la edad pudiendo contribuir a ello alteración de las células receptoras en la retina.

### **Cambios en el Sistema Cardiocirculatorio :**

- El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen.
- También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.
- El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad.
- El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.
- Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso aterosclerosis, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio.

- Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

### **Cambios en la Función cardiovascular.**

- Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo ,
- Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular.
- La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico , sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo , fuerza y un aumento de la presión arterial.
- También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.
- El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.
- Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

### **Cambios en el aparato respiratorio**

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

- Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar.
- Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial.
- Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares.
- Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO<sub>2</sub>, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.
- La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.
- Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.
- Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

### **Cambios en el aparato digestivo**

Además de alteraciones en la dentadura y la masticación, los cambios más importantes en este sistema se refieren a dos aspectos:

- En primer lugar, la reducción de su función motora que lleva en el estómago a un retraso en el vaciamiento y en el intestino a una tendencia al estreñimiento.
- Se produce disminución de la secreción gástrica que dificulta la absorción de algunos elementos. También se secretan en menor medida algunas hormonas gastrointestinales.

### **Cambios en el aparato Genitourinario.**

- El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal , y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200 .
- La pérdida de la masa renal es principalmente cortical , el número de glomérulos disminuye .
- En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves , aparecen divertículos en la nefrona distal , éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples .
- Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes , estas son más intensas en la hipertensión . Los vasos pequeños no aparecen afectados .
- El flujo sanguíneo renal disminuye , pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto ., se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo .
- También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón .
- Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra , la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa , quedando orina residual .
- Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico , atrofia , pérdida de secreción , facilitándose las infecciones .
- En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal .
- En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos , pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata .

### **Cambios en el sistema endocrino**

- En general hay mucha variabilidad de comportamiento de unas hormonas a otras. Es destacable la disminución de la tolerancia a la glucosa con una menor sensibilidad a una secreción de insulina que es normal. Este fenómeno se atribuye a una mayor resistencia periférica a su acción en los tejidos contribuyendo a la intolerancia al azúcar y a una mayor frecuencia de diabéticos entre los mayores.

### **Cambios en el sistema inmunitario**

Las enfermedades infecciosas en el adulto mayor tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

- La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación.
- La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica.
- Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.
- También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad.
- También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria.
- Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

### **Cambios en el sistema nervioso**

- Es muy difícil separar lo que es el envejecimiento normal del patológico en el sistema nervioso en concreto en el envejecimiento del cerebro. Muchas de las alteraciones patológicas que se observan al microscopio en enfermedades como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson se observan en el cerebro normal. La diferencia en muchos casos es sólo cuantitativa en cuanto al número de estas alteraciones. El cerebro con el envejecimiento sufre una atrofia con disminución del peso, aumento de los surcos entre circunvoluciones y un aumento de las cavidades del interior. Existe desde la infancia una pérdida de neuronas que se compensa con un aumento de conexiones entre ellas. Existen así mismo cambios en los neurotransmisores producidos en el sistema nervioso central.
- Todos estos cambios producidos en el envejecer del sistema nervioso se traducen en que el anciano tenga una disminución de la sensibilidad del tacto, vibraciones y discriminación. A nivel motor se altera la capacidad de coordinación y de control muscular dando lugar a un enlentecimiento psicomotor.
- La velocidad de conducción de nervios periféricos es menor con una

disminución de los reflejos.

En el aspecto cognitivo existe un enlentecimiento global de las funciones mentales. Existe así mismo una pérdida de memoria reciente o a corto plazo. Existe también una disminución en la capacidad de aprendizaje fundamentalmente relacionada con trastornos de memoria de fijación, que es la que almacena la información. Está conservada la memoria de evocación. La inteligencia no se altera en cuanto al cociente intelectual aunque parece disminuida la inteligencia reciente innata conservándose la inteligencia a largo plazo adquirida.

Respecto a cambios psicológicos no hay una modificación global de la personalidad asociada con el envejecimiento. No obstante parece que en esta etapa de la vida son más frecuentes la presencia de rasgos paranoides y quejas hipocondríacas. Personalidades frágiles e inmaduras pueden sin embargo tolerar mal las pérdidas asociadas a la edad pudiendo provocar cuadros depresivos o maniáticos.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Carlos D. Hyver, G.RLuis. Geriatria

## 6.3 PATOLOGIAS.

### 6.4 6.3.1 LESION MEDULA

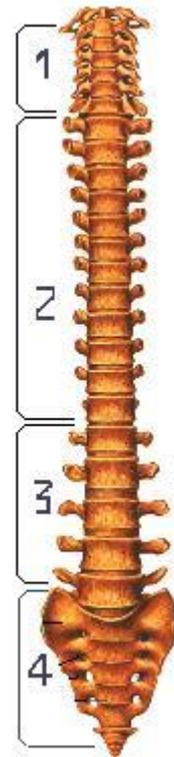
#### 1. Anatomía de la médula espinal.

Los nervios son estructuras similares a un cordón compuesto de muchas fibras nerviosas. La médula espinal tiene muchas fibras nerviosas espinales. Las fibras nerviosas transportan mensajes entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo. Los mensajes pueden ser relacionados con el movimiento, diciéndole a alguna parte del cuerpo que se mueva. Otras fibras nerviosas llevan mensajes de sensación o tacto desde el cuerpo hacia el cerebro, como el calor, el frío o el dolor. El cuerpo también tiene un sistema nervioso autónomo. El controla las actividades involuntarias del cuerpo como la presión sanguínea, la temperatura corporal y el sudor.

Estas fibras nerviosas constituyen el sistema de comunicación del cuerpo. La médula espinal puede ser comparada a un cable telefónico. Conecta la oficina principal (el cerebro), con otras oficinas particulares (las partes del cuerpo) por medio de líneas telefónicas (las fibras nerviosas). La médula espinal es el camino que los mensajes usan para viajar entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo.

Debido a que la médula espinal es una parte vital de nuestro sistema nervioso, está rodeado y protegido por huesos llamados vértebras. Las vértebras, o huesos de la espalda, están colocadas una arriba de la otra y se llama la columna vertebral o la columna espinal. La columna vertebral es el soporte número uno del cuerpo. La médula espinal realmente pasa por en medio de las vértebras.

La médula espinal tiene aproximadamente 18 pulgadas de largo. Se extiende desde la base del cerebro. Continúa hacia abajo de la mitad de la espalda, aproximadamente hasta la cintura. El haz de fibras nerviosas que constituyen la médula espinal por si mismo son las neuronas motoras superiores (UMN, por sus siglas en inglés). Los nervios espinales se ramifican desde la médula espinal hacia arriba y hacia abajo del cuello y la espalda. Estos nervios, neuronas motoras inferiores (LMN, por sus siglas en inglés), salen entre cada vértebra y alcanzan todas las partes del cuerpo. La médula espinal termina cerca de la línea de la cintura. Desde este punto, las fibras nerviosas espinales bajas continúan hacia abajo a través del canal espinal hasta el sacro o coxis. La columna espinal está dividida en cuatro secciones o partes. La porción superior, es nombrada el área cervical, tiene siete vértebras cervicales (1). La sección que sigue, la dorsal (2), incluye el área del pecho y tiene doce vértebras dorsales. La sección baja de la espalda es nombrada el área lumbar. Hay cinco vértebras lumbares (3). La sección final tiene cinco vértebras sacrocoxigea y es nombrada el área sacra (4). Los huesos en la sección sacra, en realidad están fusionados en un solo hueso.



## Fisiopatología.

El trauma raquimedular abarca simultáneamente las meninges, los vasos sanguíneos y el tejido nervioso.

Las características del trauma son multifacéticas y se pueden relacionar con los siguientes cuatro aspectos:

- a. cambios morfológicos de la médula
- b. hemorragia y daño vascular
- c. cambios estructurales en la sustancia gris y blanca
- d. respuesta bioquímica secundaria al trauma.

En la mayoría de las lesiones medulares, la dura y la aracnoides permanecen intactas. Las arterias espinales anterior y posterior usualmente son respetadas. Sin embargo, aun con grados moderados de trauma, pequeños vasos intramedulares pueden ser lesionados, lo cual produce hemorragia y lesión tisular; la disrupción traumática de estos vasos produce disminución del flujo tisular, lo cual conduce a necrosis hemorrágica de la sustancia gris central y a cambios vasculares y quísticos que se extienden a la sustancia blanca. Las alteraciones ultraestructurales consisten en la apertura de las pequeñas uniones del endotelio vascular, separación del endotelio de su membrana basal y acumulación de numerosos trombos de plaquetas. Estas alteraciones llevan a extravasación de proteínas y edema. Cambios similares no se han encontrado en la sustancia blanca. Dos aspectos deben tenerse siempre presentes:

- a. los cambios patológicos primarios son secundarios a una alteración de la micro circulación
- b. puede ocurrir alguna reacción metabólica lesiva después del trauma.

## Lesiones más comunes de la médula espinal

Las lesiones de la médula espinal se producen debido a accidentes de tránsito, caídas desde altura. La mayor parte de las lesiones de la columna vertebral no afectan su estabilidad intrínseca, porque la médula espinal y las raíces nerviosas están adecuadamente protegidas. Fuerzas de mayor magnitud y especialmente aquellas con un elemento de torsión llevan a rupturas ligamentosas y lesión o desplazamiento óseo. En estas lesiones la médula espinal puede ser sobreestirada rasgada o dañada por choque directo con el hueso. Estas fuerzas externas son modificadas por factores internos, tales como la fortaleza del hueso, los ligamentos y si los músculos están "en guardia" anticipando el golpe.

Los sitios más comunes para las lesiones de fractura dislocación son las uniones C5-C6, C6-C7 y D12-L1. Las regiones torácicas superior y lumbar inferior se encuentran relativamente protegidas de lesiones.

De acuerdo al nivel de la lesión se clasificarán como paraplejía o cuadriplejía. La paraplejía es una parálisis de las extremidades inferiores de todo el tronco o una porción de él. Cuando se afectan también los brazos se utiliza el término cuadriplejía. La dislocación fractura de la columna cervical es el resultado de una flexión repentina o violenta o con menor frecuencia de una extensión o de fuerzas rotativas u horizontales. La dislocación fractura vertebral puede derivar de un golpe directo o de lesiones de aceleración.

Las fracturas dislocaciones toracolumbares son más frecuentes al nivel de D12-L1 y siguen a una flexión violenta tal como la que se produce en una caída de altura. En este caso la fuerza inicial puede golpear el calcáneo con probabilidad de fracturar estos segmentos óseos, tras lo cual la fuerza resultante provoca un suficiente grado de flexión en la unión toracolumbar para producir una fractura dislocación.

Cambios que ocurren después de la lesión inicial.

Algunas veces la médula espinal está únicamente inflamada después de la lesión inicial. Cuando la inflamación cede, los nervios pueden comenzar a trabajar otra vez. Por ahora no existe ningún examen, si hay alguno, para saber cuántos nervios pueden comenzar a trabajar otra vez. Entre más tiempo pase sin evidente mejoría, es menos probable que pueda ocurrir alguna mejoría. Si hay alguna leve mejoría en la función, entonces existe notablemente mayor esperanza. Esto no garantiza que una mayor recuperación pueda ocurrir.

Algunas personas tienen movimientos involuntarios, como temblores o movimientos nerviosos. Estos movimientos son nombrados espasmos. Los espasmos no son un signo de recuperación. Un espasmo ocurre cuando un mensaje equivocado desde un nervio causa que un músculo se mueva. Frecuentemente las personas no pueden controlar este movimiento.

Además del movimiento y sensación, una lesión en la médula espinal afecta otras funciones del cuerpo. Los pulmones, intestinos y vejiga urinaria pueden no trabajar de la misma manera que ocurría antes de la lesión. También ocurren cambios en la función sexual. Durante la rehabilitación, el equipo médico enseña a las personas con una lesión en la médula espinal, nuevas formas para llevar a cabo sus funciones corporales.

#### Mecanismos de la lesión en el trauma medular.

El nivel más frecuente de trauma es la región cervical media baja (C5-C6). El siguiente lugar es la unión toracolumbar. Estos dos niveles coinciden con las áreas de mayor movilidad de la columna espinal.

Estas lesiones son las más frecuentes de la columna cervical (alrededor del 80%).

En su mayoría, estas lesiones se producen por impacto del cráneo o por un mecanismo de desaceleración o aceleración brusco (mecanismo del "latigazo").

Es muy importante determinar el tipo de mecanismo que produjo la lesión cervical, ya que de éste se puede inferir el tipo de fractura o luxofractura que se produjo y de esto se deduce la estabilidad y el tratamiento a seguir.

En la columna cervical los mecanismos de lesión no son únicos; habitualmente son combinados o mixtos.

#### La médula espinal después de la lesión.

Una lesión de la médula espinal puede ocurrir debido a una lastimadura o daño debido a una enfermedad de la columna vertebral o la médula espinal. En la mayoría de las lesiones de la médula espinal, los huesos de la espalda o vértebras pellizcan la médula espinal. La médula espinal puede inflamarse. La lesión en realidad puede desgarrar el cordón espinal y/o sus fibras nerviosas. Una enfermedad o infección puede causar resultados similares.

Después de una lesión en la médula espinal, todos los nervios por arriba del nivel de la lesión continúan funcionando normalmente. Por abajo del nivel de la lesión, los nervios de la médula espinal no pueden enviar mensajes entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo tal y como lo hacían antes de la lesión.

El médico examina a la persona para saber qué clase de daño tiene la médula espinal. Las radiografías muestran en que parte de las vértebras donde ha ocurrido el daño. El médico también hace la prueba de pinchar con una aguja para darse cuenta que tanta sensación tiene la persona en todo su cuerpo (nivel sensorial). El médico también pregunta, "¿Qué partes del cuerpo puede usted mover?" (Nivel Motor). Los exámenes que el médico practica son importantes porque le dejan saber cuáles nervios y músculos están trabajando.

Cada lesión de la médula espinal es diferente. La lesión en una persona es descrita por su nivel y por su tipo

#### Lesión parcial o total.

El tipo de lesión de la médula espinal es clasificada por el médico como parcial o total. La lesión total es como si cortaran todo el servicio telefónico de un edificio. Ningún mensaje puede llegar a las oficinas. Una lesión parcial es como si suspendieran el servicio telefónico en solo algunas oficinas del edificio. Algunas mensajes logran pasar hacia algunas oficinas, mientras otras no. La cantidad y el tipo de mensajes que pueden pasar entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo puede depender de como algunos nervios han sido dañados y otros no.

Algunas personas con una lesión parcial pueden tener mucha sensación pero poco movimiento. Otros pueden tener algo de movimiento y muy poca sensación. Las lesiones parciales espinales, varían de una persona a otra

debido a que diferentes fibras nerviosas son dañadas en el cordón espinal de cada persona.

### El nivel de la lesión.

El nivel de la lesión es determinado después de que el médico completa los diferentes exámenes. El nivel es el punto más bajo, por debajo del cordón espinal, donde existe una disminución o ausencia de sensación (nivel sensitivo) y movimiento (nivel motor).

Entre más alta sea la lesión del cordón espinal en la columna vertebral, o más cerca esté del cerebro, mayor es la pérdida de la función (sensación y movimiento). Muy pocas partes y sistemas del cuerpo trabajan normalmente con una lesión a un nivel alto.

Por ejemplo, una lesión a nivel de T-8 significa que la persona tiene una disminución o pérdida de sensación y movimiento por debajo del octavo segmento dorsal de la médula espinal. Una persona con una lesión a nivel de C-5 tiene una disminución o pérdida de sensación y movimiento por debajo del quinto segmento cervical de la médula espinal. Alguien con una lesión a nivel de T-8 podría tener más sensación y movimiento que alguien con una lesión a nivel de C5. Recuerde que la cantidad de sensación y movimiento también depende de si la lesión es parcial o total.

*Se dice que una persona tiene paraplejía cuando ha perdido la sensación y no es capaz de mover las partes inferiores de su cuerpo. La lesión es en el área dorsal, lumbar o sacra.*

Una persona con tetraplejía (anteriormente llamada cuadriplejía), ha perdido movimiento y sensación en ambas partes, superior e inferior de su cuerpo. Esta lesión es en el área cervical.

### Significación funcional del nivel de la lesión de la médula espinal.

Aunque pueden mencionarse principios generales para el tratamiento de pacientes con lesiones de la médula espinal, cada paciente debe tener un programa específico conforme al nivel de la lesión. Mientras más bajo sea el nivel de la lesión, mayores serán las cantidades de grupos musculares disponibles para su rehabilitación. Como consecuencia de que cada grupo muscular se activa en determinado nivel de la médula se puede prever la actuación de cada paciente.

### Cuarto nivel cervical.

El cuadripléjico con lesión del cuarto nivel cervical posee un buen uso de los músculos esternocleidomastoideo, paraespinal cervical superior y trapecio. Como consecuencia de la lesión está incapacitado para realizar una función voluntaria en brazos tronco y extremidades inferiores.

#### Quinto nivel cervical.

El paciente con buen funcionamiento en este nivel cervical, esta posibilitado para emplear los músculos deltoides y bíceps. Los pacientes con lesiones en los niveles cervicales cuarto y quinto requieren ayuda para su incorporación. Se puede necesitar un elevador hidráulico para ayudar a la familia a mover al paciente de la cama a la silla de ruedas. Las camas para todos los pacientes con lesiones de la médula espinal deben adaptarse a la altura de la silla de ruedas. Los apoyabrazos removibles son componentes esenciales de todas las sillas de ruedas para el individuo con lesión de la médula espinal.

#### Sexto nivel cervical.

En este nivel el paciente tiene inervación completa de la musculatura del hombro, flexión del codo y extensión radial de la muñeca. La extensión de la muñeca puede aprovecharse para llevar los dedos a una flexión, pudiendo ayudar a sostener vasos, etc. También se podrán usar aditamentos para colocar cepillos de dientes, tenedores y cucharas. Pueden trasladarse por sí mismos en la silla de ruedas y de la cama a la silla.

#### Séptimo nivel cervical.

En este nivel se pueden utilizar los tríceps y de los flexores intrínsecos de los dedos. Se traslada con alguna facilidad de la cama a la silla pudiendo realizar un impulso hacia arriba estando sentado. Puede asir y soltar y realizar actividades manuales. Puede manejarse con la silla de ruedas.

#### Primer nivel torácico.

Este paciente tiene un funcionamiento normal de las extremidades superiores con una gran estabilización del tórax pero sin un equilibrio completo del tronco. Es totalmente independiente en el manejo de la silla de ruedas y puede vestirse y alimentarse sin ayuda, realizar traslados, conducir un automóvil con controles manuales y tener un empleo fuera del hogar.

#### Decimosegundo nivel torácico.

En este nivel el paciente afectado tiene buen control abdominal y de la espalda. Puede usar ortesis para la incorporación y la ambulación fisiológica, aunque será mayor la demanda energética. Se espera que sean totalmente independientes en las actividades de la vida diaria.

#### Cuarto nivel lumbar.

En este nivel, los flexores de la cadera y los extensores de la rodilla, están inervados pudiendo ponerse de pie sin ortesis y caminar sin apoyo externo. La marcha será inestable por la debilidad del glúteo y la poca fuerza del tobillo. La marcha se hará estable con el uso de ortesis de tobillo y pie, así como con la ayuda de muletas. Existen algunas dificultades para subir escaleras por la debilidad del glúteo

Inervación segmental de los músculos.<sup>6</sup>

	<b>Patrón de movimiento</b>	<b>Nivel</b>
<b>Cuello</b>	<b>Flexión, extensión, rotación.</b>	<b>C1, C2, C3, C4.</b>
<b>Hombro</b>	<b>Flexión</b>	<b>C5,C6</b>
	<b>Aducción</b>	<b>C5,C6</b>
	<b>Aducción</b>	<b>C5,C6,C7,C8</b>
	<b>Extensión</b>	<b>C5,C6,C7,C8</b>
<b>Codo</b>	<b>Flexión</b>	<b>C5,C6</b>
	<b>Extensión</b>	<b>C7,C8</b>
<b>Antebrazo</b>	<b>Pronación</b>	<b>C6,C7</b>
	<b>Supinación</b>	<b>C5,C6,C7</b>
<b>Muñeca</b>	<b>Extensión</b>	<b>C6,C7</b>
	<b>Flexión</b>	<b>C6,C7,D1</b>
<b>Mano</b>	<b>Extensión gruesa de los dedos</b>	<b>C6,C7,C8</b>
	<b>Flexión gruesa de los dedos</b>	<b>C7,C8,D1</b>
	<b>Movimiento digital fino</b>	<b>C8,D1</b>
<b>Espalda</b>	<b>Extensión.</b>	<b>C4 a L1</b>
<b>Músculos para la respiración</b>		<b>D2 a D12</b>
<b>Diafragma.</b>		<b>C2,C3,C4</b>
<b>Músculos abdominales</b>		<b>D6 a L1</b>
<b>Cadera</b>	<b>Flexión</b>	<b>L2,L3,L4</b>
	<b>Abducción</b>	<b>L4,L5,S1</b>
	<b>Aducción</b>	<b>L2,L3,L4</b>
	<b>Extensión</b>	<b>L4,L5,S1</b>
	<b>Rotación</b>	<b>L4,L5,S1,S2</b>
<b>Rodilla</b>	<b>Flexión</b>	<b>L2,L3,L4</b>
	<b>Extensión</b>	<b>L4,L5,S1</b>
<b>Tobillo</b>		<b>L4,L5,S1,S2</b>
<b>Pie</b>		<b>L4,L5,S1,S2</b>
<b>Vejiga</b>		<b>S2,S3,S4</b>
<b>Intestino</b>	<b>Recto y esfínter anal.</b>	<b>S2,S3,S4</b>
<b>Aparato</b>	<b>Espina sacra.</b>	<b>S2,S3,S4</b>

<sup>6</sup> R.B. Salter trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Cap. 3 pp. 245

reproductor. erección		
Eyaculación	Espina lumbar.	L1,L2,L3

### 6.3.2 DOLOR CRONICO.

El dolor Crónico es aquella sensación de malestar que dura más de seis meses y que no responde a las terapias convencionales para su control, como son la cirugía, medicamentos, reposo, fisioterapia u otros medios. Cuando se llega a esta etapa se puede considerar que el dolor ha dejado de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad.

Hay que mencionar que algunos autores refieren que dolor crónico es aquel que dura más de tres meses o supera el lapso normal de recuperación.

El dolor crónico es una entidad que según cálculos en los Estados Unidos afecta a la mitad de la población presentándolo en alguna parte del cuerpo. En México se cree que la cifra puede ser igual. El dolor crónico puede durar años y ocasiona graves daños en la calidad de vida de la persona y aunque muchas enfermedades producen dolor por el daño en los órganos que afectan, el síndrome de dolor crónico carece de causa física identificable y este se declara con tal, cuando el enfermo se somete a exámenes de todo tipo y aparentemente no hay una causal que lo justifique.

El dolor Crónico puede aparecer secundario a un traumatismo leve o después de un procedimiento quirúrgico, pero continúa mucho tiempo después de que el paciente “ha sanado” o ha sido dado de alta por el médico.

Estudios realizados sobre la etiología del dolor crónico establecen un vínculo con un proceso psicológico llamado SOMATIZACIÓN, en el que los estados emocionales se manifiestan en padecimientos orgánicos y algunos lo han relacionado con situaciones de ansiedad, depresión o malestar emocional.

Sin tomar en cuenta el origen o etiología del dolor crónico, no hay que olvidar que es un padecimiento que afecta la vida de quien lo padece. Ya que todas sus actividades son alteradas. Así encontramos que interfiere con lo laboral, social, sexual, con los estudios, etc. Lo que conlleva a que el paciente presente sentimientos de desesperanza y desamparo. Lo que a su vez aumenta el estrés llegando a la depresión, al aislamiento y en ocasiones al suicidio.

Los dolores crónicos más frecuentes son los de cabeza y el de espalda. Pero esta patología puede ser ocasionada por entidades tales como la artritis, bursitis, tendinitis y otros padecimientos inflamatorios, neuropatía postherpes zoster, parálisis de Bell, neuropatía diabética, síndrome de túnel carpo, secuelas postquirúrgicas *con lesiones en nervios*, etc.

## **CLASIFICACIÓN**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño real o potencial de algún tejido”, Es una impresión penosa experimentada en un órgano y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos. Este síntoma puede tener su origen o etiología interna o externa. Pero se dice en general que el dolor es una sensación para el auto preservación del individuo.

El dolor deberá de ser estudiado partiendo de su etiología si existe, de la localización, la intensidad, el tipo, la duración, la irradiación, así como las causas que lo incrementan o disminuyen y la magnitud con la que se presenta. El dolor puede ser agudo o crónico dependiendo del tiempo de evolución

## **SÍNTOMAS**

El dolor crónico puede inducir a los pacientes a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo puede inducirlos al suicidio. Partiendo de este hecho encontramos que el dolor crónico puede presenta una serie de síntoma que variaran de persona a persona dependiendo de la personalidad de estas, así como de las características propias del dolor en cuestión.

El dolor crónico es interpretado por los pacientes como un fenómeno normal, pues la angustia y el malestar que provoca se transforman paulatinamente en una sensación común no agradable, pero que llega a ser tolerable. De tal manera que el paciente puede convivir con el dolor y este le permite sobrevivir al mismo.

En general podemos decir que el dolor se reconoce en el paciente a través de alteraciones musculares como la mímica, los gritos y las actitudes del paciente; sus manifestaciones pueden ser secretorias y circulatorias -lágrimas, sudor, palidez, rubor, palpitaciones- así como de tipo nervioso, representadas por temblor, fiebre y convulsiones. El dolor crónico también puede producir alteraciones psiquiátricas en donde el paciente manifiesta, depresión, angustia, astenia, adinamia e insomnio.

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnostico del dolor crónico como se ha expresado con anterioridades esta dado principalmente por el tiempo de evolución, el cual puede variar de 3 a seis meses dependiendo del autor. Pero como característica podemos decir que el dolor persiste aun después de que se haya resuelto el problema desencadenante del mismo.

El dolor crónico es un problema de salud pública, de tal forma que ya existen en muchos lugares clínicas del dolor y médicos especialistas en atender esta patología, cada vez más creciente.

El tratamiento del dolor crónico debe darse bajo un enfoque integral que incluye medicamentos, terapias, técnicas de relajación, quiropráctica, motivación hacia cambios conductuales, ejercicios físicos, masajes y en algunos casos hipnosis o estimulaciones eléctricas y cuando llegan a ser muy severos, hasta el internamiento

de los enfermos para poder administrar medicamentos más potentes del tipo de los analgésicos narcóticos. El manejo del dolor crónico deberá de ser multidisciplinario y es obligatorio el manejo psicológico del paciente y en ocasiones hasta psiquiátrico.

### **6.3.3 DOLOR NEUROPATICO.**

El dolor neuropático es una enfermedad del sistema nervioso que como característica produce dolor que varía de intensidad y puede ser desde leve hasta severo. Existe una serie de padecimientos que atacan la mielina (capa que recubre los nervios), lo que ocasiona una mala transmisión de los impulsos dolorosos al cerebro y por tanto originar un dolor neuropático. La ruptura de las terminaciones nerviosas puede ser otro factor considerable.

#### **SÍNTOMAS DEL DOLOR NEUROPÁTICO**

El dolor neuropático generalmente aparece como una sensación de hormigueo o quemazón. También puede ser punzante y de gran intensidad. En otras ocasiones puede producir una sensación de cosquilleo, dolor sin motivo o sensaciones que parecen ser más intensas que las normales. El dolor grave puede ser incapacitante y no cede con los analgésicos antiinflamatorios tradicionales.

#### **DIAGNÓSTICO DE EL DOLOR NEUROPÁTICO**

El diagnóstico del dolor neuropático puede ser con base a los antecedentes, en conjunto con los signos y síntomas. Aunque es posible que haya la necesidad de hacer pruebas especiales para determinar la causa.

#### **TRATAMIENTOS Y RECOMENDACIONES PARA EL DOLOR NEUROPÁTICO**

El manejo médico del dolor neuropático inicia por eliminar todas las causas posibles que pueden desencadenar un ataque. Como es el eliminar los medicamentos productores de neuropatía. (Si no se eliminan los fármacos el daño nervioso puede ser irreversible).

Cuando el problema es metabólico o carencial hay que controlarlos o aportar los nutrientes que se encuentren deficientes.

Hasta el momento no existe ningún medicamento que pueda reparar los nervios dañados, pero se estudia la forma recombinada del factor de crecimiento de los nervios como un auxiliar en el tratamiento de las neuropatías. (Topinamente parece ayudar en la restauración de los nervios dañados).

Cuando el dolor es de poca intensidad se puede administrar ibuprofeno, cuando el dolor es moderado se recomienda la amitriptilina o nortriptilina (antidepresivos que aumentan la transmisión nerviosa del cerebro) y en casos severos analgésicos narcóticos como la codeína o la metadona.

Otros medicamentos que se están estudiando para el dolor neuropático periférico son parches para el tratamiento localizado. Contienen el anestésico lidocaína o capsaicina

### 6.3.4 COLOSTOMIA.

Una colostomía es una abertura producida quirúrgicamente en el colon a través del abdomen. La colostomía sirve para permitir que las heces fecales se desvíen de una parte enferma o dañada.

Cuando una persona tiene una colostomía, las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y éstas se eliminan a través de la colostomía. La colostomía carece de músculo esfínter, por lo que la persona no puede controlar la evacuación de forma voluntaria. El paciente lleva una bolsa para recoger las heces fecales. Las colostomías pueden ser temporales o permanentes, dependiendo de la razón médica de la cirugía.

Para construir una colostomía, el cirujano hace que parte del colon atraviese la pared abdominal. La nueva abertura en el abdomen se llama estoma.

#### **Tipos de Colostomías**

La colostomía se puede construir en casi cualquier punto del colon. La posición de su colostomía depende de la razón médica de la cirugía

*Colostomía Ascendente* - construida en la parte ascendente del colon.

- Salida: Heces fecales líquidas o pastosas.
- Bolsa: Abierta de una pieza, o Abierta de dos piezas.

*Colostomía Descendente* - construida en la parte descendente del colon.

- Salida: Heces fecales casi completamente formadas.
- Bolsa: Abierta de una pieza, Cerrada de una pieza, Abierta de dos piezas, o Cerrada de dos piezas.

*Colostomía Transversal* - construida en la parte transversal del colon.

- Salida: Heces fecales pastosas o semiformadas.
- Bolsa: Abierta de una pieza, Cerrada de una pieza, Abierta de dos piezas, o Cerrada de dos piezas

*Colostomía Sigmoide* - construida en la parte sigmoide del colon

- Salida: Heces fecales completamente formadas.
- Bolsa: Abierta de una pieza, Cerrada de una pieza, Abierta de dos piezas, Cerrada de dos piezas o Cubre Estoma (en caso de irrigación).

#### **Posición del Estoma de una Colostomía**

La determinación de la posición del estoma en el abdomen constituye una parte muy importante de los preparativos de la cirugía.

### 6.3.5 ASPECTOS DIETETICOS Y NUTRIMENTALES EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.

El tratamiento nutrimental debe tener un enfoque integral, sin olvidar los síntomas y signos directamente derivados de la realización de un estoma, como pueden ser:

- Flatulencia.
- Mal olor.
- Diarrea.
- Deshidratación.
- Estreñimiento.
- Dolor abdominal.

A lo largo del intestino se encuentran pequeñas vellosidades formando lo que es llamado el borde en cepillo, su función es la absorción de los nutrimentos y electrolitos, para terminar con el proceso digestivo iniciando por enzimas salivales, gástricas y pancreáticas, en cada segmento del tracto gastrointestinal se llevan a cabo mecanismos específicos de máxima absorción que se pueden ver alterados por diversos factores.

La principal función del colon es la absorción de agua y el transporte activo de nutrimentos y electrolitos; en un paciente colostomizado no se espera que haya deficiencia de nutrimentos y enfermedades asociadas; sin embargo puede presentarse deshidratación severa y pérdida de electrolitos, mientras que si el estoma se encuentra en otra fracción del intestino puede haber deficiencias de nutrimentos y pérdidas que lleven a una desnutrición.

El objetivo de la dieta baja en residuos en el paciente ostomizado es obtener la menor cantidad de bolo fecal; por lo tanto, se debe recurrir a dietas que sean bajas en residuos. La característica principal de estos alimentos es que tienen muy poca fibra y el aporte de nutrimentos no produce sobrantes, se digieren y se absorben por completo, por lo que no hay materia por desechar

El incremento de los alimentos ricos en fibra aumenta el residuo fecal, no solo al aumentar la cantidad de fibrillas que no son absorbidas, sino también al aumentar la cantidad de bacterias y elevar el contenido de agua en las heces, así como la pérdida de carbohidratos, lípidos y proteínas.

La alimentación del paciente ostomizado debe estar enfocada a tener un mejor control de los gases y los residuos que se producen, los cuales son consecuencia directa de un incremento en la ingesta de carbohidratos que presenta un mayor periodo de digestión, con el consecuente incremento de los diversos gases, que pueden además producir mal olor, distensión del colon, lo que sin duda será molesto para el paciente o bien podrá provocarse la distensión de la bolsa de la colostomía, corriendo el riesgo de que se desprenda accidentalmente.

#### ALIMENTOS RICOS EN FIBRA SOLUBLE

manzana	Guayaba
chabacano	Mamey
higo	Dátil
tejocote	Tamarindo
ciruela	Avena cocida
durazno	Linaza
fresa	Cebada

Es común que el paciente presente estreñimiento; sin embargo los beneficios en cuanto a comodidad del paciente y a los cuidados que se deben tener hacen de la dieta baja en residuos o con un mínimo de residuos la mejor opción. En estos casos se recomienda el uso de fibras solubles, entre estos se encuentran;

1. **LEGUMINOSAS:** este grupo contiene en su composición carbohidratos no digeribles como la estaquiosa y rafinosa, que produce grandes cantidades de H<sub>2</sub>CO<sub>2</sub> y metano, además de su alto contenido en oxalatos, que disminuyen la biodisponibilidad de minerales y contribuyen a un desequilibrio mineral, todo este grupo se considera altamente flatulento independientemente del tipo de cocción al que sea sometido.
2. **VEGETALES:** algunos de los alimentos de este grupo no son recomendables para los pacientes con estomas. Las elevadas cantidades de celulosa que contienen hacen que lleguen al colon parcialmente desdoblado, por lo que la acción bacteriana es intensa con alta producción de gas. En el caso de los vegetales cuyo consumo si está permitido, es preferible cocerlos para reblandecer sus tejidos y favorecer su digestión.<sup>7</sup>

### 6.3.6 ULCERA POR PRESION

Las úlceras por presión (UPP) se definen como zonas localizadas de necrosis que aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

Se producen como consecuencia de la presión (fuerza perpendicular a la piel que produce aplastamiento tisular y que puede ocluir el flujo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y en caso de persistir durante un prolongado periodo de tiempo, necrosis) y de la fricción (fuerza tangencial producida por roces o movimientos).

Las zonas de localización más frecuentes son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

#### FACTORES DE RIESGO

Los factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos.

***Fisiopatológicos:*** como consecuencia de diferentes problemas de salud:

Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.

Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares,...

---

<sup>7</sup> Correa Rovelo Manejo Integral del Paciente Ostomizado.

Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemia, deshidratación,....

Trastornos inmunológicos: cáncer, infección,...

Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma,...

Deficiencias motoras: paresia, parálisis,...

Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa,...

Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal)

### ***Derivados del tratamiento:***

Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas. Tratamientos o fármacos inmunosupresores, Sondajes.

***Situacionales:*** Inmovilidad: Personas que no se mueven en la cama. El 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras. Pacientes que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos. Por efecto del roce tanto de la ropa como de otros objetos.

***Del desarrollo:*** Niños o lactantes: rash del pañal. Ancianos: pañales, alteraciones tróficas de la piel.

***Derivados del entorno:*** Falta de educación sanitaria.

Praxis deficiente por parte de los equipos sanitarios

## **CLASIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN**

En la evolución de las UP pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR), basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

### **CLASIFICACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LAS Úlceras Por Presión (UPP)**

#### **Estadiol:**

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

#### **Estadioll:**

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

**EstadiolIII:**

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

**EstadiolIV:**

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos.

Las localizaciones de UP más frecuentes son el sacro y trocánter.

**PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:**

Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecer protocolos de prevención.

El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en la PREVENCIÓN.

Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo número de factores de riesgo.

Las debe elegir el equipo asistencial, y este debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo.

## 6.4 ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA.

Para valorar la capacidad funcional de un adulto mayor existen actualmente varias escalas, sin embargo, se abordan en este trabajo las que se emplean con mayor frecuencia.

Mini Valoración Nutricional. Detecta oportunamente el riesgo nutricional identificando los factores individualizados, para proponer acciones preventivas. Está conformado por 2 apartados de opción múltiple. El primero de tamizaje con 6 preguntas; el segundo con 10 preguntas: ambos apartados arrojan un puntaje.

Índice de Valoración de Salud Oral Geriátrica (GOHAI) evalúa repercusiones psicosociales, masticación, deglución, selección de alimentos y molestias locales del estado de salud bucodental para proponer acciones específicas. Está conformado por 12 preguntas que se responden en un formato de intensidad de frecuencia denominado tiempo likert de lo acontecido los últimos tres meses

Actividades de la Vida Diaria, (ABVD). El índice de Barthel evalúa las actividades básicas de la vida diaria a través de 10 capacidades físicas como la alimentación, trasladarse o manejar silla de ruedas (deambulación y traslado, sillón-cama), subir escaleras, control vesical y esfínter anal, vestirse, asearse, bañarse. Cuestionario conformado por 10 apartados, cada uno de ellos contiene 5 opciones de respuesta, cada opción le corresponde un puntaje. Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados a silla de ruedas)

Escala de Norton evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión y/o lesiones provocadas por presión prolongada sobre tejidos blandos que se encuentran entre prominencias óseas y la superficie de apoyo. Valora 5 aspectos: condición física general, nivel de conciencia, actividad, movilidad e incontinencia. Con un puntaje que va de 0 – 4 en una escala likert

Cuestionario de Actividades Físicas (Escala de Nagi) evalúa la capacidad para realizar 9 actividades físicas de manera demostrativa

Marcha y equilibrio (Escala de Tinetti) evalúa el equilibrio y la marcha de manera demostrativa. Cuestionario conformado por 2 apartados, el primero evalúa el equilibrio a partir de 9 tareas a realizar; el segundo corresponde a la marcha a partir de 7 actividades y arroja un puntaje. Escala de evaluación puntaje máximo para la marcha 12 puntos y para el equilibrio 16 sumando un total de 28. Se considera alto riesgo de caídas cuando el puntaje es de 18 o menos; riesgo moderado de 13 a 24 puntos, riesgo bajo 25 a 28 puntos

Escala de Somnolencia de Epworth evalúa la propensión del adulto a quedarse dormido en situaciones sedentarias diferentes. Escala autoadministrable brinda opciones de respuesta a cada ítem, con puntuaciones posibles 0-3. Al final se obtienen puntajes acumulativos que oscilan entre 0 y 24 donde los puntajes altos representan un mayor grado de somnolencia

Escala Atenas de Insomnio mide el impacto diurno provocado por el insomnio para ofrecer alternativas que ayuden a corregir este trastorno del sueño,

formato breve y sencillo instrumento de 8 reactivos, primeros 4 abordan el dormir cuantitativamente, 5º reactivo calidad de dormir, y los últimos 3 impacto diurno provocado por el insomnio

Apgar Familiar evalúa función de la familia. Es un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada, y de cualquier edad, que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y niveles socioculturales.

Consta de 5 preguntas a las que se asigna un puntaje entre 0 y 4. Debe aplicarse a más de un miembro y debe promediarse las puntuaciones. Es un cuestionario que consta de cinco preguntas a las que se les asigna un puntaje entre 0 y 4. Debe aplicarse a más de un miembro y promediar las puntuaciones.

Los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 14 y 17, leve; entre 10 y 13 puntos, disfunción moderada; y si es igual o superior a 18 se considera funcional

Escalas de Redes de Apoyo Social para AM detecta redes de apoyo social e informal, tipo de apoyo y grado de satisfacción con el fin de fortalecerlas y complementarlas. Cuestionario semiestructurado, incluye 3 secciones, explora los tipos de apoyo: emocional, material, instrumental e informativo; nivel de satisfacción de los ámbitos familiar y extrafamiliar e institucional

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage establece diagnóstico presuntivo de depresión, cuestionario de 30 preguntas dicotómicas y puede ser de autoaplicación. Escala de evaluación 0-10 normal, 11 o más puntos probable depresión

Escala de ansiedad de Golberg preguntas opcionales y obligatorias primeras 4 obligatorias

Inventario de autoestima evalúa autoestima de Ampara establecer programas que permitan fortalecerla o recuperarla. Conformado por 25 preguntas dicotómicas con un valor de 4 puntos para las afirmaciones acordes con un alta autoestima y puede ser de autoaplicación

Mini examen mental de Folstein prueba de tamizaje de funciones cognitivas, puntúa las áreas orientación temporal y espacial, memoria inmediata y diferida, habilidad para el cálculo y la concentración, denominación y la repetición del lenguaje, capacidades de lectura y escritura, capacidad de abstracción, praxis ideomotora ideatoria y constructiva gráfica. Conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones. Escala de evaluación 24-30 normal, menor o igual a 23 deterioro cognitivo leve, menor o igual a 17 deterioro cognitivo severo

Test de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) detecta en el cuidador riesgo en enfermedad, ansiedad y depresión. Formado por 22 tipo likert con 4 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación. Escala de evaluación puntuación menor de 47 no se encuentra en sobrecarga, 47-55 sobrecarga leve, mayores de 55 sobrecarga intensa

## **VII. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.**

### **FICHA DE IDENTIFICACION.**

**Nombre del paciente:** Sr. F.S.S

**Edad:** 69 años

**Diagnostico Medico:** lesión medular

**Ocupación:** Arquitecto

**Religión:** Católica.

**Lugar de residencia:** México D.F.

**Informante:** F.S.S

**Ocupación:** arquitecto

**Religión:** Católica

### **7.1 DESCRIPCION DEL CASO.**

Se trata del Sr. FSR. De 64 años de edad, casado con tres hijos. Desde su computadora colabora con la administración de una pequeña empresa de construcción. Actualmente vive con su esposa, reside en la Delegación Tlalpan, No padece de ninguna enfermedad heredofamiliar. El diagnostico medico es lesión medular por arma de fuego, por lo cual tiene paraplejia, desde hace 25 años. Presenta una colostomía, vejiga neurogenica y una Ulcera Por Presión (UPP) de tercer grado a la altura del trocánter lado derecho,

### **7.2 VALORACIÓN DE ENFERMERIA**

#### **14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

##### **1. Necesidad de oxigenación**

Signos vitales normales (FR (20x´) FC y pulso (60x´), TA (100/80).llenado capilar de 3 segundos, pulsos periféricos débiles. edema leve y presencia trombo en la pierna izquierda.

##### **2. Termorregulación**

Presenta piel fría al tacto, temperatura de 36.4 °C, refiere frío a pesar de que se encuentra abrigado.

##### **3. Alimentación – nutrición**

De acuerdo a la mini valoración nutricional modificada obtiene un puntaje de 20.5 lo que significa riesgo nutricional, teniendo en cuenta aquellas respuestas que ponen en relieve el tipo y modo de alimentación, número de comidas, cantidad y calidad de los alimentos, así como la importancia de la antropometría del paciente.

La valoración de GOHAI obtiene un puntaje de 50, lo que representa higiene bucal adecuada moderada.

Paciente realiza 2 comidas diarias en cantidad y calidad variables, se alimenta por sí solo, con dificultad para llevar los alimentos a la boca, sin problemas

para la masticación y la deglución. Utiliza prótesis dental, lengua rosada sin lesiones bucales y mucosas orales hidratadas

#### **4. Necesidad de elegir prendas de vestir**

De acuerdo en Escala de Barthel en el ítem de vestido no pudo ser valorada ya que el paciente no puede caminar y le es incomodo usar prendas de vestir.

#### **5. Higiene y protección de la piel**

En la escala de Barthel obtuvo un puntaje total de 20 lo que representa dependencia severa del paciente, para la realización de las ABVD, específicamente para realizar el baño, no usa el WC ya que tiene colostomía.

Realiza 2 veces por día, el aseo bucal y baño completo 3 veces a la semana, requiere ayuda para obtener artículos de baño, secado corporal y completar su vestido.

Su piel esta hidratada, íntegra a excepción de la región trocánter que presenta UPP grado 3, en zona de trocánter. De acuerdo a la escala de Norton presenta riesgo a desarrollar otras UPP, por presentar condición física pobre, actividad con ayuda y limitada movilidad.

#### **6. Eliminación urinaria e intestinal**

Para la micción es no continente, pero independiente, en el ítem de ir al sanitario de las ABVD no es valorado por qué no va al sanitario. Presenta urgencia y micciones frecuentes durante el día y la noche. La orina líquida de color amarilla, y la eliminación durante las 24 horas es de 4 a 5 veces con presencia de sedimentos. Refiere presencia de E. Coli en vías urinarias, presenta evacuaciones irregulares y la consistencia de las heces son variables, se palpa abdomen duro y distendido.

#### **7. Moverse y mantener la posición deseada**

Requiere de ayuda moderada para: trasladarse de cama a sillón y cama a silla de ruedas. Es incapaz para realizar todas las actividades instrumentales, según la escala de Lawton y Brody

Valorando las actividades físicas, según el cuestionario de Nagi realiza con dificultad: extender los brazos por debajo de los hombros, extender los brazos por arriba de los hombros, levantar objetos de un peso menor de 5 Kg. No puede, levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg, encorvarse, agacharse y arrodillarse. Presenta disminución de la fuerza y resistencia muscular en miembros superiores y pérdida total en Miembros inferiores.

En la valoración de marcha y balance Tinetti, no aplica por ser un paciente parapléjico.

## **8. Dormir y descansar**

De acuerdo a la escala de somnolencia de Epworth con un puntaje de 16, presenta somnolencia diurna.

En la escala Atenas obtuvo una puntuación de 16, lo que considera que presenta dificultad para empezar a dormir, el paciente refiere despertar frecuentemente por las noches a causa del dolor crónico que padece.

## **9. Necesidad de comunicación.**

Tiene 3 hijos casados lo cuales viven por separado, vive con su esposa con la cual recientemente tiene algunas discusiones. No pertenece a ningún grupo de apoyo comunitario. Acude al médico 2 veces por mes y periódicamente se realiza estudios de laboratorio.

El Apgar familiar obtuvo un puntaje de 16. En cuanto a la escala de depresión geriátrica Yesavage obtiene un puntaje de 20, lo cual refleja que pudiera existir depresión grave, manifestándose a través de respuestas como intranquilo y nervioso con frecuencia, tiene ganas de llorar con frecuencia y le es difícil tomar decisiones. De acuerdo a la escala de GOLBERG presenta ansiedad.

## **10. Necesidad de evitar peligros**

El paciente utiliza dispositivo de ayuda (silla de ruedas, trapecio) cuenta con lentes y los utiliza, no presenta problemas de audición.

Su habitación se encuentra en la planta baja, la superficie no es resbalosa, la temperatura es adecuada, tiene buena iluminación, no hay alfombras ni cables en el piso, el mobiliario es estable y en general el entorno es ordenado. En el baño no necesita agarraderas ya que se baña en una silla de ruedas acondicionada para el baño.

## **11. Necesidad de creencias y valores**

No siente cólera hacia dios, últimamente perdió a un ser querido y tiene expresiones negativas como: "no me gusta verme al espejo porque me siento viejo".

Según la valoración realizada a través del inventario de autoestima de Coopersmith presenta alta autoestima con 72 puntos.

## **12 y 13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL O RECREATIVA**

Refiere expresiones de interés por ciertas actividades pero refiere no realizarlas por falta tolerancia a ciertas posiciones corporales, tiene una pequeña empresa en la que participa desde su computadora con la administración.

#### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

De acuerdo al mini examen de Folstein Modificado no se identifico problema alguno, solo le costo un poco de trabajo en la escritura.

VALORACION POR NECESIDADES DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA,

#### NECESIDAD DE OXIGENACION.

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Edema de +.	FC: 80´x FR: 24´x T/A: 100/80 T: 36.7°C Llenando capilar de: 2 seg

#### NECESIDAD DE TERMOREGULACION.

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Experimenta frio por las noches en el caso de los días fríos. Ya que no puede taparse la parte de el tórax (siente ardor con el roce de la ropa de cama)	Sabe tomarse solo la temperatura en el caso necesario Utiliza el número de frazadas adecuadas para el clima.

#### NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Falta parcial de dientes. Usa placa Come 2 veces al día en pocas porciones. Toma de 3 a 5 vasos al día.	Coge la taza y el vaso con dificultad, ya que permanece acostado cuando lo realiza

#### NECESIDAD DE ELIMINACION.

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Se sondea la orina con sonda nelaton. Se le cambia la bolsa de colostomía 2 veces al día. La colostomía se limpia y se revisan el estado en el que esta el intestino.	Cuando va a orinar siente un pequeño escalofrió eso es lo que le indica la necesidad de orinar.

### **NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Perdida de la fuerza muscular de las piernas y dos tercios superiores del tórax. Contracturas musculares en los brazos y espalda.	Tiene un trapecio en el techo de el cual se vale para moverse.

### **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Dolor crónico. Perdida de un ser querido (hijo) Esta alerta con la bolsa de su colostomía y de orinar (incontinencia). Duerme de 3 a 5 horas o menos cuando el dolor es intenso. Duerme en un colchón especial, con cojines para evitar la presión prominencias articulares. Utiliza medicamentos para conciliar el sueño.	

### **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Baño 2 veces por semana. Higiene dental 2 veces al día. Ulcera por presión. A nivel de cadera de el lado derecho grado 3.	Piel hidratada. Lavado de manos antes y después de asear su colostomía. Uñas de manos y pies sin datos de micosis, y no quebradizas.

### **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA.
Utiliza muchos medicamentos Lyrica 150mg Temgesic IM 0.3mg Urovaxan Complejo B Omeprazol Ceftazidima	Casa propia La construcción de su casa con rampas y en planta baja Los utensilios y cosas de interés están acondicionados para su fácil acceso desde su cama. Sabe la cantidad y medicamentos que debe tomar. Periódicamente realiza estudios de laboratorio (en la UPP).

**NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
La mayor parte del día se encuentra solo. La interacción con su familia sobre todo con su esposa es difícil.	Mantiene una conversación amena con las personas que lo visitan.

**NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA.
	Menciona que dios lo ha ayudado mucho por que le ha permitido vivir hasta este momento.

**NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
En ocasiones se siente inútil frente a la pérdida de sus capacidades físicas, para realizar algunas actividades.	Cuando tiene ánimos contribuye a la optimización de la pequeña empresa de construcción que el inicio por su cuenta.

**NECESIDAD DE JUGAR O DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
No realiza ninguna actividad ya que su estado se lo limita o el dolor crónico que presenta se lo impide.	

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
	Tiene una carrera universitaria

### 7.3 Diagnósticos de enfermería

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS
<b>1.-MOVIMIENTO Y POSTURA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alteración de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las ABVD, limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas o motoras finas.</li> </ul>
<b>2.-NUTRICION E HIDRATACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con, ingesta baja de alimentos manifestado por bajo peso y falta de interés en la ingesta de los alimentos por comer solo</li> <li>• Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con debilidad, cansancio y dolor manifestado en ocasiones incapacidad para coger los alimentos y masticar.</li> </ul>
<b>3.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la integridad cutánea relacionado con fricción, fuerzas de cizallamiento, presión de estructuras óseas, alteración de la sensibilidad manifestado por UPP de 3er grado en trocánter lado derecho.</li> </ul>
<b>4.-OXIGENACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se encuentra alterada esta necesidad.</li> </ul>
<b>5.-ELIMINACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinencia fecal relacionada con deterioro de la capacidad de almacenar las heces manifestadas por la presencia de una colostomía y goteo constante de heces fecales en una bolsa colectora.</li> </ul>
<b>6.-EVITAR PELIGROS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de caídas relacionado con disminución de la fuerza muscular y deterioro de la movilidad física.</li> <li>• Riesgo de intoxicación relacionado con ingesta de varios medicamentos en el mismo horario.</li> </ul>
<b>8.-DESCANSO Y SUEÑO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del patrón del sueño relacionado con cambios de sueño relacionados con ruido, frio, dolor, ansiedad manifestado por escalas Atenea y Epoworth.</li> </ul>

<p><b>9.-VESTIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de autocuidado de vestido/arreglo relacionado con sensación de quemazón al roce con la ropa manifestado permanecer semi desnudo.</li> </ul>
<p><b>10.-TRABAJAR Y REALIZARSE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedentarismo relacionado con desconocimiento de beneficios para la salud, falta de interés por saber del tema manifestado por elección y preferencia de una rutina diaria, no querer realizar ejercicios y quedarse dormido.</li> </ul>
<p><b>11.-RECREACION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de actividades recreativas relacionado con: Los pasatiempos habituales no pueden realizarse de forma independiente en casa; Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio Manifestada: Entorno desprovisto de actividades recreativas ó personas que le ayuden a realizarlas.</li> </ul>
<p><b>12.-APRENDIZAJE</b></p>	<p>Esta necesidad no se encuentra alterada</p>
<p><b>13.-CREENCIAS Y VALORES</b></p>	<p>Esta necesidad no se encuentra alterada.</p>
<p><b>14.-TERMORREGULACION</b></p>	<p>Esta necesidad no se encuentra alterada</p>

#### 7.4. PLANES DE ATENCION DE ENFERMERIA.

##### NECESIDAD: MOVILIDAD Y POSTURA.

**Dx:** alteración de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las ABVD, limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas o motoras finas.

##### DEFINICION:

Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

objetivos	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar al paciente a que mantenga la tonicidad de los miembros inferiores.</li><li>• Procurar que el paciente adopte una posición adecuada para evitar lesiones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Facilitar/ proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de rueda, etc.)</li><li>▪ Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, fuerza musculo esquelética,</li><li>▪ Especificar el nivel de resistencia, el número de repeticiones, el número de series y la frecuencia de las sesiones de entrenamiento de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Los dispositivos de ayuda mejoran la movilidad del paciente ya que de acuerdo al dispositivo que necesite el paciente ayudara a mejorar su movilidad.</li><li>▪ El llevar a acabo un plan de de entrenamiento permitirá darnos cuenta de los resultados. El especificar el número de series nos ayudara a</li></ul>	<p>El señor Fernando hace ya 25 años que usa el trapecio como dispositivo de ayuda para movilizarse de la cama al baño y viceversa en el caso de este paciente el manejo del trapecio era adecuado.</p>

	<p>acuerdo con el nivel de forma física.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Instruir al AM acerca: de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición en el movimiento y el uso del cuerpo.</li></ul>	<p>no forzar al paciente y que por consecuencia ocasionemos un problema mayor en el AM.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El paciente podrá medir la fuerza que emplea para los diferentes dispositivos y la mecánica adecuada de las utilización de los mismos ya que el uso inadecuado puede ocasionar daños musculo esqueléticos en el AM.</li></ul>	
--	---	---	--

## NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

**Dx.** Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con, ingesta baja de alimentos manifestado por apariencia de bajo peso y falta de interés en la ingesta de los alimentos por comer solo.

### DEFINICION:

Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar a que el paciente recupere el peso requerido y tenga el aporte necesario de calorías y nutrientes.</li></ul>	<p>Manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enseñar y entregar una lista de alimentos nutritivos de alto y bajo contenido calórico, en hierro, proteínas y vitaminas.</li><li>▪ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Los diferentes nutrientes que se encuentran en los alimentos son indispensable en la dieta de un individuo para llevar a cabo una nutrición adecuada. Las necesidades nutritivas no disminuyen con la edad, pero si lo hacen las necesidades energéticas totales</li></ul>	<p>En ocasiones el señor Fernando solo comía en pocas cantidades y omitiendo algunos alimentos que en ese momento no podía ingerir, durante el tiempo que estuve con él se llevo a cabo un plan de comida en el cual se valoro los alimentos que podía consumir y se le oriento de los horarios a los que era</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Analiza con el AM – familia la percepción de los factores que interfiere en la capacidad o el deseo de comer</li></ul> <p>Manejo de la dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identificar si la dieta es la indicada según las patologías presentes en el AM.</li><li>▪ Fomentar que sirvan las comidas de forma agradable, atractiva y temperatura preferida.</li><li>▪ Realizar la alimentación sin prisa/lentamente y crear un ambiente agradable y relajado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Proporcionar alimentos hipercalóricos e hiperproteicos cuando el paciente está más predispuesto a comer</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Así como existen alimentos que nos ayudan existen alimentos que pueden alterar el estado de salud de la persona ya sea porque sea alérgica o por contienen sustancias que en algunas enfermedades está contraindicado ingerirlas.</li></ul>	<p>conveniente tomarlos para evitar las molestias que siempre había tenido. Pero no llego al objetivo ya que a veces era imposible que comiera.</p>
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hacer compañía al paciente mientras come y no dejarlo solo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Darle el tiempo al paciente para que coma le ayuda a que recupere el apetito y que la porción de comida sea consumida completamente.</li> <li>▪ La comida es un ritual en donde la familia se reúne para conversar, compartir y sirve como un alentador para abrir el apetito.</li></ul>	
--	---	--	--

## NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

**Dx.** Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con la solución de la continuidad medular desde hace 25 años manifestado por debilidad, cansancio, dolor y en ocasiones incapacidad para coger los alimentos y masticar.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que mediante las intervenciones de enfermería se pueda brindar los nutrientes que el paciente necesita.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comentar con el paciente las posibles causas de inapetencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Factores como el dolor, la fatiga, los analgésicos y la inmovilidad pueden contribuir a la anorexia. Identificando la posible causa, se podrán establecer intervenciones que la eliminen o minimicen</li></ul>	El señor Fernando padece dolor crónico por que la mayoría de veces en las que el tomaba sus alimentos le costaba mucho ya que se cansaba demasiado rápido o el mismo dolor le causaba inapetencia por lo que opte por antes de cada alimento realizar técnicas de respiración las cuales funcionaron poco

			porque para el señor Fernando el dolor era muy fuerte.
--	--	--	--

**NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.**

**Dx:** Deterioro de la integridad cutánea relacionado presencia de ulcera por presión en la cadera lado derecho manifestado por dolor, rubor y color localizado.

**DEFINICION:**

Alteración de la epidermis, dermis o ambas.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION.
<ul style="list-style-type: none"> <li>realizar intervenciones que ayuden para una pronta recuperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medir la superficie afectad y llevar un control de esta: así como ver las características (color, olor, secreciones etc.,) de la herida.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar cualquier zona que esta enrojecida.</li> </ul> </li> </ul>		<p>Cuando llegue al domicilio del paciente el ya cursaba con la UPP tenía un cuadro de pseudomona.</p> <p>Utilizando las técnicas adecuadas y con la ayuda de los parches de plata y la movilización constante, mejoro en un 40% no logre ver un</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar movilizar con mucho cuidado para evitar lesiones en zonas de la piel que estén muy frágiles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intracapilar (aprox. 32mm Hg), los capilares pueden ocluirse, la hipoxia resultante dañara los tejidos.</li> <li>▪ El cizallamiento es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en dirección y otra capa se mueve en la dirección opuesta. Si la piel se adhiere a la sabana y el peso del cuerpo sentado hace que el esqueleto se deslice hacia abajo dentro de la piel, los</li> </ul>	<p>cambio significativo ya que pues el paciente permanece acostado las 24 horas y creo que así es imposible tener un logro significativo.</p> <p>En cuanto a la Pseudomona se le estuvo aplicando antibiótico y tuvo una gran mejoría.</p> <p>Al tenderle su cama los familiares y el Cuidador principal estaban al tanto de que la cama no quedara con arrugas y que siempre la ropa de cama estuviera seca y limpia.</p> <p>Después de cada baño se le aplicaba una crema hidratante por lo que la piel permanecía siempre hidratada.</p>
--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lubricar la piel de todo el cuerpo o las veces que sea necesario después del baño con crema para piel reseca y con glicerina simple.</li> <li>▪ Colocar esquema de reloj para ilustrar los cambios de posición cada 2 horas y explicar al cuidador.</li> <li>▪ Colocar almohadas en diferentes partes del cuerpo.</li> <li>▪ Mantener ropa limpia de cama, cambio cada tercer día, si no está mojada o sucia estirar</li> </ul>	<p>capilares subepidérmicos pueden acodarse y pellizcarse, disminuyendo así la perfusión del tejido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La lubricación es importante ya que nos da mayor elasticidad y permite mayor higiene en la zona.</li> <li>▪ Al explicar al cuidador el cambio de posición del paciente se procurara evitar presión en el cuerpo de un mismo lugar</li> <li>▪ En su gran mayoría se ocupan cojines de semillas pequeñas las cuales permiten que haya disminución de la presión en las zonas más propensas a este</li> </ul>	
--	--	--	--

	las sábanas a cada momento.	tipo de patología. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El cambio de ropa proporciona confort al paciente, a si mismo evita laceraciones en la piel por arrugas de las sábanas.</li></ul>	
--	-----------------------------	--	--

## **NECESIDAD DE ELIMINACION.**

**Dx.** Incontinencia ano-rectal relacionada con presencia de estoma en colon manifestado por eliminación continúa de heces fecales en bolsa de colostomía.

### **DEFINICION:**

Cambio en el habito de la eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar al paciente a tener un manejo eficaz de la colostomía e identificar signos de alarma que pongan en peligro la integridad de la colostomía.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Darle orientación sobre el uso de los dispositivos.</li><li>▪ Informarle la importancia de llevar a cabo la higiene y</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El orientarle sobre los diferentes dispositivos que existen ayudara a que el paciente realice mejor el cambio y el aseo del estoma.</li><li>▪ La higiene y el cambio de los dispositivos en el tiempo requerido</li></ul>	El señor Fernando aprendió el manejo eficaz de los dispositivos que componen la bolsa de la colostomía, aprendió a captar los signo y síntomas de alarma de infección o necrosis del estoma.

	<p>cambio de dispositivos correctamente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Indicarle el momento en que debe cambiar las bolsas colectoras.</li><li>▪ Informarle al AM y a sus familiares la importancia de la dieta.</li><li>▪ Orientarle sobre las características que debe o no debe tener el estoma.</li></ul>	<p>reduce las probabilidades de que el estoma tenga complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Explicar de las características normales del estoma permitirá que el paciente</li></ul>	
--	---	---	--

**NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

**Dx** Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física.

**DEFINICION:**

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Incrementar y/o mantener la fuerza de los miembros torácicos para mejorar la movilidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mantener los dispositivos de ayuda en un buen estado de uso.</li><li>Bloquear las ruedas de la silla, camas u otros dispositivos en la transferencia del AM.</li><li>Colocar los objetos al alcance de paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li><li>Instruir al AM a que pida ayuda para moverse.</li><li>Observar la habilidad para pasar de la cama a</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>El uso adecuado de los dispositivos de ayuda nos ayudan reducir en mucho las posibles caídas y la comodidad del paciente.</li></ul>	En este caso el señor Fernando estaba consciente de la ayuda que el necesitaba así que el manejaba perfectamente el trapecio que era el dispositivo que el ocupaba para su traslado, tenía ordenadas las cosas que el ocupaba en una mesa de servicio la cual se le colocaba de el lado que el necesitara también instalo un timbre con el cual pedía la ayuda que el necesitaba por lo que solamente me encargaba de supervisar que lo siguiera

	<p>la silla y viceversa.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) adecuadas para evitar caídas de cama.</li><li>▪ Responder a la luz de llama rápidamente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ En el caso de los pacientes con inmovilidad es importante la ayuda para moverse ya que aparte de evitar posibles caídas nos ayudan a reducir las UPP.</li></ul>	<p>haciendo correctamente.</p>
--	---	---	--------------------------------

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

**Dx.** Riesgo de intoxicación relacionado con ingesta de varios medicamentos en el mismo horario

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar a evitar el riesgo de intoxicación por medicamentos mediante las intervenciones de enfermería para procurar bienestar en el paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enseñar al AM-cuidador a reconocer las características distintivas de los medicamentos.</li><li>▪ Revisar el conocimiento que el AM-cuidador tienen de cada medicamento.</li><li>▪ Instruir acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.</li><li>▪ Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los</li></ul>		<p>Cuando llegue el señor Fernando tenía alguno que otro medicamento que llegaba a necesitar aparte de los que el tomaba así que le comente que él debía tener en orden para que no pudiera equivocarse ya que él en ocasiones preparaba sus medicamento en pastilleros entonces optamos por acomodarlos en cajones que fueran relacionados para cada tipo función.</p>

	<p>medicamentos el mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informar que es lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</li><li>▪ Instruir acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.</li><li>▪ Instruir acerca de la eliminación adecuada de agujas y jeringas fuera del hogar.</li><li>▪ Enseñar a dejar solo a su alcance medicamentos que esté tomando actualmente.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ayudar a desarrollar un horario de medicamentos estricto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El informar al paciente y familiar sobre la dosis la vía y los efectos ayuda a que el paciente tome la dosis correcta en los horarios indicados así como administrarlos por vía correcta</li> <li>▪ El mantener organizado los medicamentos que el paciente toma es de gran importancia para que no llegue a tomar pastillas que no correspondan a su tratamiento y le puedan causar una reacción o llevarlo a una intoxicación.</li> <li>▪ El tener un horario específico permitirá al paciente identificar los medicamentos que toma la dosis correcta y</li></ul>	
--	--	--	--

		que no olvide tomarlos.	
--	--	-------------------------	--

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

**Dx.** Deterioro del patrón del sueño relacionado con cambios de sueño manifestado por frio, dolor y ansiedad manifestada por verbalización propia del paciente.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los factores que impiden que el señor Fernando pueda dormir y por consiguiente descansar para que mediante las intervenciones de enfermería el paciente tenga un buen descanso durante la noche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al AM a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia si procede.</li> <li>Ajustar el ambiente (luz ruido, temperatura, colchón, y cama.) para favorecer el sueño.</li> <li>Comentar con el AM medidas de comodidad, técnicas que favorecen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El dormir durante el día es factor importante en el que por la noche ya no se pueda conciliar el sueño.</li> <li>Un ambiente relajado y con las condiciones adecuadas permiten una rápida conciliación del sueño y un descanso placentero.</li> </ul>	<p>Desde el primer día que me presente con el señor Fernando me pedía que le diera unos minutos para poder dormir un rato ya que no había dormido la mayor Parte de la noche.</p> <p>Por lo que poco a poco fui haciéndole platica para que no durmiera y así después de todas las actividades pudiera descansar el menciono que el dolor era lo que no soportaba durante la noche por lo que opto por mencionarle la aromo terapia la llevo a cabo por 2</p>

	el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.		semanas consecutivas pero menciono que no le sirvió de mucho así que no tuve un gran logro con estas acciones ya que el mencionaba que era muy fuerte su dolor.
--	--	--	---

**NECESIDAD DE VESTIDO.**

**Dx.** Déficit de autocuidado de vestido/arreglo relacionado con sensación de quemazón al roce con la ropa manifestado permanecer semi desnudo.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a que el paciente pueda vestirse con la precaución de no producir la sensación de quemazón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayudar al paciente a aceptarlas necesidades de dependencia de acuerdo a su capacidad.</li> <li>▪ Informar al paciente y a la familia sobre la ropa especial para compensar las discapacidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El dolor neuropático obedece a una lesión nerviosa. Los nervios conectan la médula a espinal con el resto del cuerpo y mantienen la comunicación entre el cerebro y la piel, los músculos y los órganos internos. Así que la ropa adecuada para este tipo de problema evitara tener este síntoma.</li> </ul>	<p>El señor Fernando permanece semi desnudo por aquella sensación de quemazón por lo que yo le comente que no podía estar así ya que los cambios de temperatura eran variantes y podía enfermarse así que opte por que a las camisetas se les cortara la parte de enfrente para que así pudiera evitar rosar el área afectada.</p>

## CONCLUSIONES.

El modelo de Virginia Henderson es una manera práctica y eficiente de brindar los cuidados necesarios a un individuo. Así como también el proceso de atención de enfermería.

El trabajar con adultos mayores en el hogar es un trabajo que aunque se ve fácil no es así; ya que se trabaja con el paciente, lo conoces más y conforme los familiares observan la efectividad del cuidado confían más en este y en la enfermera, que con el tiempo forma parte del el rol familiar.

Brindar cuidados en el hogar es una experiencia grande ya que te permite ver a el paciente en su vida normal y te permite dar cuenta de todas aquellas actividades en las que te tienes que enfocar para darle al paciente un buen cuidado y mayor confort en su vivienda así en cierta forma cubrir necesidades que ellos a veces no las pueden realizar.

Con el señor Fernando me sentí muy a gusto ya que el cooperaba en todo momento mencionaba que la única forma en la que se distraía era con nuestra compañía.

# ANEXOS

## **PLAN DE ALTA.**

Existen importantes repercusiones en la salud derivadas de la dieta en pacientes aparentemente sanos y con mucho mayor razón existirá en aquellos que tienen una patología de fondo como es el caso de los pacientes ostomizados, en los que sin duda, pueden coexistir diversas alteraciones metabólicas. Es por ello que el tratamiento nutricional debe tener un enfoque integral, sin olvidar por ello los síntomas y signos directamente derivados de la realización de un estoma como pueden ser:

- Flatulencia.
- Mal olor.
- Diarrea.
- Deshidratación.
- Estreñimiento.
- Dolor abdominal.

## **RECOMENDACIONES DITETICAS PARA UN PACIENTE CON COLOSTOMIA.**

1. Seguir un horario regular de comidas: tres o más veces al día. Ello favorece que se normalicen los hábitos intestinales y que disminuya la producción de gas.
2. Comer lentamente y masticar bien los alimentos para facilitar la digestión y reducir las probabilidades de obstrucción del estoma.
3. Ingerir suficiente cantidad de líquidos, de 8 a 10 vasos al día.
4. Evitar el aumento de peso. El exceso de peso puede afectar el funcionamiento del estoma.
5. Evitar la goma de mascar, fumar, beber refresco con gas o utilizar popotes, ya que se ingiere aires extra y puede aumentar la flatulencia.
6. Limitar el consumo de alimentos que produzcan exceso de gas o diarrea.
7. Cenar poco para reducir el gasto por la noche.
8. Limitar el consumo de chile y alimentos irritantes para disminuir ardor e irritación.
9. Los frijoles deben dejar remojarse toda la noche y eliminar el agua para disminuir la presencia de gases. Así mismo se recomienda consumirlos machacados con poca grasa o molidos, para evitar residuos.
10. Se recomienda comer la papa en forma de puré, para digerirla más fácilmente.
11. No consumir los tallos duros de algunas verduras como coliflor o brócoli, que podrían causar obstrucción del estoma.
12. Moderar el consumo de semillas, granos o alimentos con alto contenido de fibra integral, ya que pueden provocar obstrucción.
13. Consumir la naranja sin gabazo, para evitar la diarrea.
14. Probar un alimento por vez y verificar su tolerancia. Si no se tolera dejar pasar de dos a tres meses y volver a intentar su consumo.

## **MEDICAMENTOS.**

### **Lirica 150mg.**

#### **INDICACIONES TERAPÉUTICAS**

Está indicada en el caso de:

Dolor neuropático: Pregabalina está indicada para el tratamiento del dolor neuropático en adultos.

Trastorno de ansiedad generalizada: Pregabalina está indicada en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en adultos.

#### **CONTRAINDICACIONES**

Hipersensibilidad a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes.

#### **REACCIONES ADVERSAS.**

Las reacciones adversas reportadas con más frecuencia fueron el mareo y la somnolencia. Las reacciones adversas fueron normalmente leves a moderadas en intensidad

### **Temgesic IM 0.3mg**

#### **INDICACIONES TERAPÉUTICAS**

Analgésico narcótico. (Agonista-antagonista). TEMGESIC® en solución inyectable está indicado para el alivio del dolor de intensidad moderada a severa, en pacientes en el periodo postoperatorio, traumatismos, infarto agudo del miocardio o en pacientes con dolor secundario a neoplasias o enfermedades terminales.

#### **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS**

El efecto adverso reportado con más frecuencia es la sedación. También induce sueño, del cual el paciente se despierta con facilidad, en particular durante el periodo postoperatorio. Otros efectos adversos que se han reportado en 5 a 10% de los pacientes son náusea, mareo y vértigo, depresión respiratoria, dependencia física y psíquica.

### **Omeprazol**

Está indicado en el tratamiento a corto y largo plazo de los signos y síntomas relacionados con los trastornos ácido-pépticos:

Reflujo gastroesofágico sintomático.

- Dispepsia ácido-péptica y prevención de síntomas dispépticos como pirosis (agruras) y dolor epigástrico (indigestión ácida).
- Esofagitis por reflujo.
- Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Erradicación de *Helicobacter pylori* en casos de úlcera péptica, asociado con otros medicamentos.

#### **CONTRAINDICACIONES**

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

### **Ceftazidima.**

Es activo contra los siguientes microorganismos: Gramnegativos: Pseudomona aeruginosa, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Citrobacter, Serratia, Salmonella,

Shigella, Neisseria gonorrhoeae y meningitidis, Haemophilus influenzae. Grampositivos: Staphylococcus aureus y epidermidis, Micrococcus, Streptococcus pneumoniae y pyogenes. Anaerobios: Peptococcus, Streptococcus, Propionibacterium, Clostridium perfringens, Bacteroides.

### **CONTRAINDICACIONES**

Está contraindicado en caso de hipersensibilidad a las cefalosporinas.

### **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS**

Se ha reportado flebitis con la administración I.V., rash cutáneo, fiebre, prurito, muy rara vez angioedema o anafilaxia. También diarrea, náuseas, vómito, molestias abdominales y ocasionalmente colitis, así como cefaleas, mareos, parestesias y mal sabor de boca.

## **TÉCNICA DE RELAJACIÓN MEDIANTE LA RESPIRACIÓN**

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

Vamos a pasar a realizar una serie de ejercicios sobre la respiración.

### **EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

Para realizar estos ejercicios realice la preparación que ya conoce del módulo anterior, pudiéndose realizar sentado o tendido, en la situación que le resulte más cómoda para percibir el movimiento de la respiración.

#### **Ejercicio 1: Inspiración abdominal**

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

#### **Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral**

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

#### **Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal**

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

#### **Ejercicio 4: Espiración**

Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

#### **Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración**

Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estómago y pecho). La espiración se hace parecido al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso.

#### **Ejercicio 6: Sobre generalización**

Este es el paso crucial. Aquí se debe ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, dolor, etc.

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA-UNAM  
PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN SU HOGAR, MÉXICO, 2008.**

**Objetivo: Identificar los problemas de salud para desarrollar un modelo de atención de enfermería para el cuidado de los adultos mayores en su hogar.**

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO (Adulto Mayor)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación actual o última: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de estudios: A) Ninguna B) Sabe leer y escribir C) Primaria D) Secundaria.

**Situación de salud (Circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el adulto mayor y escriba el tratamiento).**

Tipo de enfermedad que padece (Anoté desde cuando la presenta)	Tx. Médico (Anoté el nombre del medicamento y acción)	Procedimientos y/o técnicas específicas de Enfermería :
Diabetes mellitus		Oxigenoterapia. Tipo
Hipertensión arterial		
Insuficiencia renal aguda		Aspiración de secreciones
Osteoporosis		Traqueotomía
Osteoarticulares		Alimentación por SN
Cáncer de		Sonda Urinaria
Demencia		Tx. Intravenoso continuo
Parkinson		Diálisis Peritoneal
Fractura de		Curación de UPP
Síndrome de Inmovilidad		Curación de catéter
Otro		Curación de estoma
Otro	<b>Nivel de conciencia:</b>	Otros
Otro		Control del dolor. Esc.EVA _____

**II. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR.**

**1. OXIGENACION**

Frecuencia Respiratoria _____ Silverman _____ ___ Aleteo nasal ___ Tiros intercostales ___ Cianosis bucal ___ Polipnea ___ Retracción xifoidea ___ Cianosis ungueal ___ Intolerancia a la actividad.	___ Acumulación de secreciones. ___ Diaforesis ___ Dolor torácico ___ Broncoespasmo Tipo de respiración ___ Ortopnea ___ Disnea ___ Bradipnea ___ Estertores ___ Tos	Frecuencia Cardíaca _____ Bradicardia ___ Taquicardia T/ A: Acostado _____ Sentado _____ Parado _____ Pulso _____ Disminución de los pulsos periféricos ___ Pulsos débiles ___ Pulsos ausentes ___ Ingurgitación yugular ___ Edema ( ) + ( ) ++ ( ) +++ ___ Anasarca Llenado capilar a los: ( ) 1 seg ( ) 2 seg ( ) 3 seg ___ Alteración en la sensibilidad ___ Cambios en la temperatura de la piel de los Ms Inferiores.
--	---	--

**2. TERMORREGULACIÓN**

___ Temperatura axilar erección ___ Cianosis de los lechos ungueales	___ Piel caliente al tacto ___ Piel enrojecida ___ Piel fría sudorosa ___ Pilo
--	---

**3. NUTRICION- ALIMENTACION.**

Dificultad para: ___ Manejar los utensilios ___ Coger los alimentos con los utensilios ___ Coger la taza o el vaso ___ Llevar los alimentos con los utensilios	___ Atragantamiento ___ Estasis de los alimentos en la cavidad .oral ___ Incapacidad para vaciar la cav.oral ___ Informe de alteración del sentido del gusto ___ Vomito (alimentos) ___ Hematemesis	<b>Dientes</b> ___ Falta total ___ Falta parcial ___ No usa ___ Completa ___ Parcial
--	--	---

Alimentos ___ Pizcas de sal Tipo de endulzante ___ Azúcar ___ Sustituto ___ Cucharadas al día	Antropometría ___ Peso ___ Estatura ___ Cintura ___ Cadera ___ IMC ___ ICC
---	---

<b>MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA) MODIFICADO.</b> Coloque el número en el paréntesis según corresponda a la respuesta.		
A. ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar? 0 = pérdida severa de apetito 1 = pérdida moderada de apetito 2 = no ha perdido el apetito ( )	<b>VALORACIÓN</b> <b>G.</b> ¿Tiene vida independiente? 0 = no 1 = sí <b>H.</b> Toma más de tres medicamentos (por día)? 0 = sí 1 = no ( )	L. ¿Consume dos o más porciones de vegetales o frutas por día? 0 = no 1 = sí ( )
B. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses 0 = peso perdido > 3 kg 1 = no sabe 2 = peso perdido entre 1 y 3 kg 3 = no ha perdido peso ( )	I. Úlceras por presión o en la piel 0 = sí 1 = no ( )	M. ¿Cuántas tasas/vasos de bebidas (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) consume por día? 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos. ( )
C. Movilidad 0 = limitado a una silla o cama 1 = se mueve de la cama/silla pero no sale 2 = puede salir ( )	J. ¿Cuántas comidas completas hace al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comida. ( )	N. Modo de alimentación 0 = requiere de asistencia para hacerlo 1 = se alimenta solo con alguna dificultad 2 = se alimenta solo sin ningún problema ( )
D. En los pasados tres meses ¿ha sufrido de angustia, nerviosismo o alguna enfermedad aguda? 0 = sí 1 = no ( )	Marca con una X según corresponda a la respuesta. <b>K.</b> ¿Qué consume? Al menos una porción de leche, queso, yoghurt por día? Sí NO Dos o más porciones de frijoles o huevos por semana? Sí NO Carne, pescado o pollo todos los días? Sí NO ( )	O. ¿Considera que tiene algún problema de nutrición? 0 = principalmente malnutrición 1 = no sabe o moderada malnutrición 2 = no tiene problema nutricional ( )
E. Problemas neuropsicológicos 0 = depresión o alteración de la memoria 1 = tristeza 2 = sin problemas psicológicos ( )	Puntaje asignar en la pregunta K 0.0 = si hay 0 o 1 sí 0.5 = si hay 2 sí 1.0 = si hay 3 sí	P. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo considera que es su estado de salud? 0.0 = no es bueno 0.5 = no sabe 1.0 = bueno 2.0 = mejor ( )
F. IMC (peso / [estatura] <sup>2</sup> en kg/m <sup>2</sup> ) 0 = IMC < 19 1 = 19 IMC < 21 2 = 21 IMC < 23 3 = IMC 23 ( )	Q. Circunferencia media del brazo (CMB en cm) 0.0 = CMB < 21 0.5 = 21 CMB 22 1.0 = CMB > 22. ( )	R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP 31 ( )
12 puntos Normal, no riesgo, no necesita completar el cuestionario. < 11 puntos Posible mala nutrición, complete el cuestionario. Máx. 14 pts. <b>TOTAL=</b> ( )	24 puntos o más = Normal , 17-23 puntos = Riesgo nutricional , < 16 puntos = Desnutrición calórico proteica Máximo 30 punt. <b>TOTAL=</b>	

<b>INDICE DE VALORACIÓN DE LA SALUD ORAL GERIATRICA (GOHAI).</b> Marque con una X, según refiera el adulto mayor acerca de su salud oral, en los últimos tres meses.					
ACTIVIDAD	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. ¿Con qué frecuencia limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo carne maciza o manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia puede tragar cómodamente?	5	4	3	2	1
4. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras le impiden hablar en la forma que usted quiere?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?	5	4	3	2	1
6. ¿Con qué frecuencia evita el contacto con las personas por la condición de sus dientes o dentaduras?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?	5	4	3	2	1
8. ¿Con qué frecuencia utiliza medicamentos para aliviar el dolor o algún malestar de su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia le preocupan los problemas de sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia se siente nervioso(a) (intranquilo) por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo(a) al comer frente a otras personas por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia tiene molestias en dientes o encía por sensibilidad al calor, frío o alimentos dulces?	1	2	3	4	5
57-60 Buena salud oral 51-56 Moderada salud oral Menos de 50 Mala salud oral	<b>TOTAL=</b>				

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. ESALCA DE BARTHEL MODIFICADA. (ABVD) Marca con una X.**

<b>BAÑO</b> 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total	<b>ASEO PERSONAL</b> 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total	<b>VESTIDO</b> 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total	<b>ALIMENTACIÓN</b> 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0.. Dependiente.
<b>IR AL SANITARIO</b> 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continúa ayuda 0. Dependencia total	<b>MICCIÓN</b> 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia sólo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total	<b>DEPOSICIÓN</b> 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total	
<b>DEAMBULACIÓN</b> 15. Independiente 12. Supervisión continua o no camina >50 min 8. Ayuda de una persona (Ocasional) 3. Ayuda continua de una persona o más 0. Dependiente	<b>TRASLADO SILLÓN CAMA</b> 15. Independiente 12. Supervisión 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de más personas (no colabora)	<b>ESCALERAS</b> 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras	
-20p= Dependencia Total. Entre 20 y 35p=Dependencia severa.	Entre 40 y 55p= Dependencia Moderada Más ó igual a 60p= Dependencia Ligera	100p.= Autonomo	

**4. NECESIDAD ELEGIR LAS PRENDAS DE VESTIR Y DESVESTIRSE.**

Deterioro de la capacidad para:	___ Elegir ropa	___ Agarrar la ropa
___ Abrocharse la ropa.		
Quitar ___ y poner ropa ___:	___ En la parte superior	___ En la parte inferior.
___ Los calcetines	___ Los zapatos	___ Obtener o reemplazar los artículos de vestir.

**5. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY(AIVB). Marca con una X, según la capacidad funcional que observes en el adulto mayor para realizar las actividades abajo descritas**

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE 2	CON ASISTENCIA 1	DEPENDIENTE 0
1. TELÉFONO.	Capaz de identificar los números y marcar, hacer y recibir llamadas sin ayuda.	Capaz de responder el teléfono, marcar un número en caso de urgencia, pero necesita ayuda para marcar algún número en particular.	Incapaz de usar el teléfono.
2. TRANSPORTE.	Capaz de conducir su propio auto o viajar solo en autobús o taxi.	Capaz de viajar en autobús o taxi, pero acompañado.	Incapaz de viajar en autobús o taxi.
3. COMPRAS.	Realiza todas las compras con independencia.	Realiza todas las compras pero necesita que lo acompañen.	Incapaz de realizar sus compras.
4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.	Planea, prepara y sirve los alimentos (adecuadamente) solo.	Capaz de preparar comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos solo.	Incapaz de preparar cualquier alimento.
5. QUEHACERES DEL HOGAR.	Capaz de hacer quehaceres del hogar pesados como: fregar los pisos.	Capaz de realizar quehaceres del hogar ligeros (lavar medias o calcetines), pero necesita ayuda con las tareas pesadas.	Incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar.
6. MEDICACIÓN.	Capaz de tomar sus medicamentos en la dosis y tiempos correctos.	Puede tomar sus medicamentos, pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare.	No puede responsabilizarse de sus medicamentos.
7. MANEJO DE DINERO.	Maneja los asuntos de dinero con independencia (cobra, elabora cheques, realiza pagos en el banco, realiza sus compras.)	Puede realizar sus compras cotidianas, pero necesita ayuda para elaborar cheques o cualquier trámite de banco y pago de servicios.	Incapaz de manejar su dinero.
		TOTAL	

**HIGIENE ORAL :**  
 Frecuencia de cepillado de dientes: \_\_\_ 1v/día \_\_\_ 2v/día \_\_\_ 3v/día \_\_\_ Exceso de placa dento bacteriana

**LAVADO DE MANOS.**  
 Frecuencia de lavado de manos: Antes de comer cualquier alimento \_\_\_ Si \_\_\_ No Despues de ir al WC \_\_\_ Si \_\_\_ No

**ASEO CORPORAL:** Frecuencia del baño: \_\_\_ Diario \_\_\_ No. veces a la semana Especificar otra fecuencia \_\_\_

**DIFICULTAD EN EL BAÑO:** \_\_\_ Entrar y salir del baño \_\_\_ Obtener artículos de baño \_\_\_ Regular la temperatura o flujo del agua  
 \_\_\_ Lavar total o parcialmente el cuerpo \_\_\_ Secarse el cuerpo

**DIFICULTAD EN EL W.C.** \_\_\_ sentarse o levantarse del WC o del orinal. \_\_\_ manipular la ropa y realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

**FALTA DE:** \_\_\_ ropa de vestir \_\_\_ ropa de cama \_\_\_ la ropa que hay y usa está sucia.

<b>RIESGO A ULCERAS POR PRESION (NORTON).</b> Rodee el número, según observe y sume los números para obtener el pontaje total.			
<b>1. CONDICION FISICA</b>	<b>2. ACTIVIDAD</b>	<b>3. MOVILIDAD</b>	14 PUNTOS = RIESGO INMINENTE DE ULCERACION + 14 PUNTOS = NO HAY RIESGO DE ULCERACION <b>TOTAL=</b>
Buena 4	Ambulatorio 4	Completa 4	
Regular 3	Camina con ayuda 3	Ligera limitación 3	
Pobre 2	En silla de ruedas 2	Muy limitado 2	
Muy mala 1	Acostado 1	Inmóvil 1	
<b>4. CONDICION MENTAL</b>		<b>5. INCONTINENCIA</b>	
Alerta 4	Confuso 2	Ninguna 4	
Apático 3	Estuporoso 1	Ocasional 3	
		Usual/orina 2	
EXISTEN _____ ULCERAS _____ POR _____ PRESION. _____ ESPECIFICAR _____ LUGAR _____ Y GRADO _____			

### 6. ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

<input type="checkbox"/> Urgencia molesta y asociada a micciones frecuentes durante el día y la noche <input type="checkbox"/> Necesidad repentina y fuerte de orinar que no se puede contener fácilmente <input type="checkbox"/> Perdida de orina manif. asociada con el esfuerzo físico o la actividad. <input type="checkbox"/> Perdida de orina asociada con la presión abdominal.	<input type="checkbox"/> Esfuerzo/vaciar la vejiga. <input type="checkbox"/> Reducción en la fuerza del chorro urinario. <input type="checkbox"/> Goteo pos miccional <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Quemazón Orina: <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Olor <input type="checkbox"/> Cant. Aprox/24hrs.
Heces Fecales: Color _____ Olor _____ Consistencia _____ Frecuencia: 1 a 3 por día <input type="checkbox"/> Cada 3 días <input type="checkbox"/> 1 a la semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 a la semana <input type="checkbox"/> Otros _____ Mecánica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dificil	Dificultad: <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Intestino perezoso <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Alimentos sin fibra <input type="checkbox"/> Abuso de laxantes Turgencia: <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Mucosa

### 7. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN DESEADA

<b>CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICAS DE NAGI</b>			
Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.			
Actividad	Capaz de realizarla sin dificultad	Capaz de realizarla con dificultad	No la realiza
1. Extender los brazos por debajo de los hombros.			
2. Extender los brazos por arriba de los hombros.			
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 Kg.			
4. Permanecer sentado por más de una hora.			
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos.			
6. Permanecer parado por más de 15 minutos.			
7. Mover objetos grandes.			
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg.			
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse.			

	Especificar en donde:
Disminución/ Fuerza muscular	
Disminución/ Resistencia muscular	
Contracturas articulares	
Perdida de integridad de las estructuras óseas	

<input type="checkbox"/> Presencia de movimientos descoordinados o espasmódicos	<input type="checkbox"/> Temblores
<b>Deterioro / habilidad en cama:</b>	
<input type="checkbox"/> Pasar de decúbito lat.der.a dec.. lat.izq. y vic. colgando o viceversa.	<input type="checkbox"/> Pasar de la posición supina a sentada con las piernas
<input type="checkbox"/> Deslizarse o cambiar de posición en la cama. supino y viceversa.	<input type="checkbox"/> Incorporarse en la cama desde la posición de decúbito
<b>Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual o eléctrica:</b>	
<input type="checkbox"/> En superficies lisas o desiguales	<input type="checkbox"/> Sobre un plano inclinado ascendente o descendente
<input type="checkbox"/> En superficies lisas o desiguales	<input type="checkbox"/> Sortear obstáculos con la silla de ruedas.

### **MARCHA Y BALANCE TINNETI.** Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

**1. EQUILIBRIO.** El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan y se observan las siguientes maniobras:

#### **1. Equilibrio sentado**

Se inclina o se desliza en la silla  0

Se mantiene seguro  1

#### **2. Levantarse**

Imposible sin ayuda  0

Capaz, pero usa los brazos para ayudarse  1

Capaz sin usar los brazos  2

<b>3. Intentos para levantarse</b>	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
<b>4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)</b>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
<b>5. Equilibrio en bipedestación</b>	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o un bastón u otro soporte	1
Estable sin usar bastón u otros soportes por 10 segundos, no requiere ayudas	2
<b>6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.</b>	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
<b>7. Ojos cerrados (en la posición del punto 6)</b>	
Inestable	0
Estable	1
<b>8. Vuelta de 360 grados</b>	
Pasos discontinuos	0
Continuos.	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
<b>9. Sentarse</b>	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2
<b>2. MARCHA. El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».</b>	
<b>10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)</b>	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
<b>11. Longitud y altura de paso a) Movimiento del pie derecho</b>	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho, se separa completamente del suelo	1
<b>b) Movimiento del pie izquierdo</b>	
No sobrepasa al pie derecho, con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1
<b>12. Simetría del paso</b>	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual	0
La longitud parece igual	1
<b>13. Fluidez del paso</b>	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
<b>14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)</b>	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
<b>15. Tronco</b>	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se flexiona, ni utiliza otras ayudas	2
<b>16. Postura al caminar</b>	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
Puntaje obtenido en equilibrio _____ Puntaje obtenido en marcha: _____ Total _____	
25-28 puntos = Riesgo bajo, 19-24 puntos = Riesgo moderado Menos de 18 puntos = Alto riesgo de caídas	

## 8. DORMIR Y DESCANSAR

<b>ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH.</b> Marque con una cruz (x) que tan frecuente refiere que se queda dormido el AM en cada una de las siguientes situaciones (durante el día).				
Situaciones	nunca 0	solo algunas veces 1	muchas veces 2	casi siem pre 3

1. Sentado leyendo.				
2. Viendo televisión.				
3. Sentado inactivo en un lugar público.				
4. Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin palabras.				
5. Acostado descansando por la tarde.				
6. Sentado platicando con alguien.				
7. Sentado cómodamente después de comer sin haber ingerido alcohol.				
8. Viajando en un transporte detenido en el tráfico.				
Igual o mayor e 11 sugiere somnolencia excesiva diurna.				TOTAL=

<b>ESCALA ATENAS DE INSOMNIO.</b> Marque la opción que mejor describa las molestias que refiere el AM, con su forma de dormir <u>el último mes.</u>	
<b>1. ¿Tiene alguna dificultad para empezar a dormir?</b> 0. No tengo dificultad. 1. Tengo poca dificultad para empezar a dormir. 2. Si tengo considerable dificultad para empezar a dormir. 3. Tengo demasiada dificultad para empezar a dormir.	<b>5. Sin importar cuánto tiempo duerme, en general, ¿cómo es la calidad de su sueño?</b> 0. Suficiente/adeuada. 1. Ligeramente insuficiente. 2. Moderadamente insuficiente. 3. Completamente insuficiente o no duerme en toda la noche.
<b>2. ¿Tiene alguna dificultad por despertarse durante la noche?</b> 0. No tengo problemas por despertarme durante la noche. 1. Tengo un problema ligero por despertarme durante la noche. 2. Tengo un problema considerable por despertarme durante la noche. 3. Tengo problema muy serio por despertarme durante la noche, o no duermo en absoluto (en toda la noche).	<b>6. ¿Cómo es la calidad de su vida?</b> 0. Normal/buena. 1. Ligeramente disminuida. 2. Moderadamente disminuida. 3. Completamente disminuida.
<b>3. ¿Tiene algún problema por despertar mucho más temprano de lo deseado?</b> 0. No tengo problemas por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 1. Tengo un problema ligero por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 2. Tengo un problema considerable por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 3. Tengo problema muy serio por despertarme mucho más temprano de lo deseado.	<b>7. ¿Cómo es su funcionamiento físico y mental durante el día?</b> 0. Normal/bueno. 1. Ligeramente disminuido. 2. Moderadamente disminuido. 3. Completamente disminuido.
<b>4. El tiempo que duerme cada noche es:</b> 0. Suficiente/adeuada. 1. Ligeramente insuficiente. 2. Moderadamente insuficiente. 3. Completamente insuficiente o no duerme en toda la noche.	<b>8. ¿Tiene somnolencia durante el día?</b> 0. No, nada. 1. Leve. 2. Moderada. 3. Severa.
Puntuación igual o mayor que 8 sugiere insomnio. TOTAL=	

<b>ESCALA DE ANSIEDAD GOLDBERG.</b> Preguntar si ó no a la presencia de las siguientes se han presentado, los 15 días previos a esta entrevista, ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve		
	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
<b>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</b>		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
4 o más respuestas afirmativas= Ansiedad	TOTAL	

## 9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

<b>Escala Depresión Geriátrica Yesavage.</b> A continuación se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elija las que refiera el AM marcando con una "X" en Si o NO, dependiendo de su sentir en ese momento.		
	SI	NO
1. ¿Esta usted satisfecho con su vida? *	0	1
2. ¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades	1	0
3. ¿Siente usted que su vida ésta vacía? *	1	0
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	1	0
5. ¿Tiene usted esperanza en el futuro? *	0	1
6. ¿Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7. ¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo? *	0	1
8. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	1	0
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo? *	0	1
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	1	0
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia? *	1	0
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro? *	1	0
14. ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?	1	0

15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	*	0	1
16. ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?		1	0
17. ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	*	1	0
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?		1	0
19. ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	*	0	1
20. ¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?		1	0
21. ¿Se siente usted lleno de energía?	*	0	1
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?		1	0
23. ¿Cree usted que los demás están mejores condiciones que usted?	*	1	0
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas, sin importancia?		1	0
25. ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	*	1	0
26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse?		1	0
27. ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	*	0	1
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?		1	0
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	*	0	1
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?		0	1
Depresión leve 6 – 11 Depresión Moderada 12 -17 Depresión Grave + 17		TOTAL	

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES. Marque con una cruz (X) la respuesta.	SI	NO
1. ¿Tiene esposo(a)?		
2. ¿Tiene hijos(as)?		
3. ¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
4. ¿Tiene amigos(as)?		
5. ¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
6. ¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?***		

Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores. Marque con una cruz (X)

I. RED INFORMAL FAMILIAR.					PUNTAJE
<b>Cónyuge</b> 1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo. (0) = 0%	Menos de una vez al mes. (1) = 33%	1 o dos veces al mes. (2) = 66%	1 vez a la semana o más. (3) = 100%	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional 1 (1) 25%	Apoyo Instrumental 2 (1) 50%	Apoyo Material 3 (1) 75%	Apoyo Informativo 4 (1) 100%	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
<b>Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? ( ) Anote el número</b>					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional 1 (1)	Apoyo Instrumental 2 (1)	Apoyo Material 3 (1)	Apoyo Informativo 4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
<b>Familiares próximos ¿Cuántos tiene? ( ) Anote el número</b>					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?. Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional 1 (1)	Apoyo Instrumental 2 (1)	Apoyo Material 3 (1)	Apoyo Informativo 4 (1)	/4

3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Familiar				TOTAL	/57 /100%

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR <i>Amigos (as) ¿Cuántas tiene? ( ) Anote el número</i>					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
<i>Apoyo comunitario</i>					
1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario? Marque con una cruz (X)	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) apoyo que le proporciona el grupo con el que acude? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Extrafamiliar				TOTAL	/38 /100%

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL. Marque con una cruz (X)					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Institucional				TOTAL	/19 /100%

1 **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. 2 **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar. 3. **Apoyo**

**Material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios. 4 **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencia.

Magnitud de contactos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 1	/18
Magnitud de apoyos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 2	/24
Grado de satisfacción	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 3	/72
Apoyo social global	Sumar el puntaje obtenido en todas las preguntas	/114 (100%)

#### 10. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

<u>El adulto mayor presenta:</u> ___ Cataratas. ___ Incapacidad para distinguir los colores.	<u>Aditamentos con los que cuenta:</u> ___ Silla de ruedas. ___ Bastón. ___ Andadera.	<u>Su habitación</u> ___ No se encuentra en la planta baja. ___ Iluminación inadecuada.
--	--	---

<input type="checkbox"/> Alteración: percepción en la profundidad. <input type="checkbox"/> Prob de juanetes, callo. <input type="checkbox"/> Calzado inadecuado <input type="checkbox"/> Uso de dispositivos de ayuda. <input type="checkbox"/> Más de 2 caídas en 6 meses <input type="checkbox"/> Déficit visual total. <input type="checkbox"/> Déficit visual parcial. <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Ingiere bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Fuma. No se aplico la vacunas: <input type="checkbox"/> Neumococica <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Tetanos No se ha realizado: <input type="checkbox"/> Papanicolao <input type="checkbox"/> Examen Mamario <input type="checkbox"/> Antígeno Prostatico	<input type="checkbox"/> Cama de hospital. <input type="checkbox"/> Anteojos. <input type="checkbox"/> Aparato auditivo. <input type="checkbox"/> Silla especial para baño. <input type="checkbox"/> Otros. Especificar _____ <hr/> <u>Vivienda (Especificar en que parte)</u> <input type="checkbox"/> Iluminación inadecuada. <input type="checkbox"/> Alfombras inadecuadas. <input type="checkbox"/> Cables en el piso. <input type="checkbox"/> Superficies resbalosas. <input type="checkbox"/> La escalera no tiene barandales <input type="checkbox"/> Escalones altos. <input type="checkbox"/> Mobiliario excesivo y amontonado <input type="checkbox"/> Mobiliario inestable. <input type="checkbox"/> Animales domésticos. <input type="checkbox"/> Temperatura inadecuada. <input type="checkbox"/> Acumulo de basura. <input type="checkbox"/> Olores desagradables <input type="checkbox"/> Entorno desordenado	<input type="checkbox"/> Alfombras inadecuadas. <input type="checkbox"/> Cables en el piso. <input type="checkbox"/> Superficies resbalosas. <input type="checkbox"/> Mobiliario excesivo y amontonado <input type="checkbox"/> Mobiliario inestable. <input type="checkbox"/> Animales domésticos. <input type="checkbox"/> Temperatura inadecuada. <input type="checkbox"/> Acumulo de suciedad, residuos alimentarios o desechos higiénicos. <input type="checkbox"/> Olores desagradables <input type="checkbox"/> Entorno desordenado. <u>En el baño</u> <input type="checkbox"/> No existen agarraderas. <input type="checkbox"/> El piso es muy resbaloso <input type="checkbox"/> Es muy pequeño
---	--	---

**11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES**

Expresiones de : <input type="checkbox"/> 1. Sentir cólera hacia Dios. <input type="checkbox"/> 2. Falta de interés por la naturaleza. <input type="checkbox"/> 3. Falta de interés por la literatura espiritual <input type="checkbox"/> 4. Rechaza las interacciones con los lideres espirituales. <input type="checkbox"/> 5. Incapacidad para orar. <input type="checkbox"/> 6. Uso de remedios caseros para aliviar los síntomas. <input type="checkbox"/> 7. Uso de medicina alternativa	Pérdidas: <input type="checkbox"/> De la pareja <input type="checkbox"/> De un ser querido... <input type="checkbox"/> Negación de la pérdida. <input type="checkbox"/> Expresión de culpa. <input type="checkbox"/> Negativas a mirarse al espejo. <input type="checkbox"/> Negativas a mirar la parte de su cuerpo afectado. <input type="checkbox"/> Negativa a participar en rehabilitación. <input type="checkbox"/> Negativa a hablar de cambios corporales.
<input type="checkbox"/> Falta de percepción de la relevancia de los síntomas o del peligro <input type="checkbox"/> Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida	

<b>INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH</b> A continuación se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elija las que refiera el AM marcando con una "X" en Si o NO, dependiendo de su sentir en ese momento.                      Si                      No			
1. Generalmente los problemas me afectan poco.	4	0	
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	0	4	
3 Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi.	0	4	
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.	4	0	
5. Soy una persona simpática.	4	0	
6. En mi casa me enoja fácilmente.	0	4	
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	0	4	
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	4	0	
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	4	0	
10. Me doy por vencido muy fácilmente.	0	4	
11. Mi familia espera demasiado de mi	0	4	
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	0	4	
13. Mi vida es muy complicada.	0	4	
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	4	0	
15. Tengo mala opinión de mi mismo.	0	4	
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	0	4	
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.	0	4	
18. Soy menos guapa(o) que la mayoría de las personas.	0	4	
19. Si tengo que decir algo, generalmente lo digo.	4	0	
20. Mi familia me comprende.	4	0	
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	0	4	
22. Siento que mi familia me presiona.	0	4	
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	0	4	
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	0	4	
25. Se puede confiar muy poco en mí.	0	4	
0-25 = Baja autoestima , 26-49 = Autoestima media    50 y más = Alta autoestima	TOTAL=		

## 12 Y 13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL Ó RECREATIVA

<input type="checkbox"/> Expresiones de que desea tener algo que hacer, que leer, etc. <input type="checkbox"/> Le gustaría trabajar en alguna actividad de acuerdo a su capacidad funcional <input type="checkbox"/> No realizar ejercicio físico <input type="checkbox"/> Realiza ejercicio 20 minutos de manera rregular.	<input type="checkbox"/> Disminución del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio. <input type="checkbox"/> No le agrada asistir a grupos de la tercera edad. <input type="checkbox"/> Las reuniones de los grupos dela tercera edad estan lejos de su domicilio. <input type="checkbox"/> Esta ocupada todo el día cuidando a los nietos. <input type="checkbox"/> Esta ocupada haciendo el quehacer de su familia.
---	--

### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

**MINI EXÁMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO.** Realice las preguntas y asigne un por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta.

Pregunte: 1. <b>¿Qué fecha es hoy?</b> Después complete solo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas: <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué mes estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana? <input type="checkbox"/> ¿Qué hora es aproximadamente?	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) /5
Pregunte: 2. <b>¿En dónde nos encontramos ahora?</b> (Casa, consultorio, hospital, etc.) <input type="checkbox"/> ¿En qué lugar estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué país? <input type="checkbox"/> ¿En qué estado? <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad o población? <input type="checkbox"/> ¿En qué colonia, delegación o municipio?	( ) ( ) ( ) ( ) /5
3. Diga al sujeto la siguiente instrucción: <b>"Ponga mucha atención, le voy a decir una lista d tres objetos; papel, bicicleta y cuchara"</b> , después pida al sujeto: <b>"Repita las palabras"</b>	/3

#### ATENCIÓN Y CÁLCULO

4. Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del No. 100. <b>"Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100- 7=93; 93-7 =86."</b> Continúe hasta que yo le diga que se detenga..Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)	/5
---	----

#### EVOCAACION

5. Pida al sujeto <b>"Repita las tres palabras que le pedí que recordara"</b>	/3
---	----

#### LENGUAJE

6. <b>Nombrar:</b> Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <b>¿Cómo se llama esto?</b> Repita lo mismo con un lápiz.	/2
7. Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: <b>"Le voy a decir una frase y repítala después de mi. Solo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención"</b> (Diga lenta y claramente): <b>"NI NO, NI SI, NI PERO"</b>	/1
8. <b>Comprensión:</b> Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: <b>"Le voy a dar algunas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez"</b> . <b>"Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"</b> (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).	/3
9. <b>Lectura:</b> Muestre al sujeto la instrucción escrita en una tarjeta: <b>"Cierre los ojos"</b> Pida al sujeto: <b>"Por favor haga lo que dice aquí"</b>	/1
10. <b>Escritura:</b> Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: <b>"escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido"</b> , que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda) La escribe bien	/1
11. Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, <b>"copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja"</b> . <b>No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.</b> Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (no tome en cuenta temblor, ni rotación)	/1 /30
<b>TOTAL:</b> 24-30 puntos = normal, Igual o menor a 23 = deterioro cognitivo leve , Igual o menor a 17 = deterioro cognitivo severo	

Nombre completo del encuestador.

Lugar donde realizo la entrevista: Centro de Salud ó

Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de entrevista (N° de día) \_\_\_\_\_ del (Mes) \_\_\_\_\_ de 2008.



## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR

Nombre completo: _____ Dirección: _____ Telefono _____	
Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: a) Casada/o b) Unión Libre c) Soltera/o	
Parentesco con el adulto mayor: a) Hija/o b) Esposo/a c) Otro familiar c) Otra persona a quien se le paga por sus servicios.	
Nivel máximo de estudios:	A) Ninguna B) Sabe leer y escribir C) Primaria D) Secundaria.
¿Tiene Hijos? A) Si b) No	Cuantos? _____ Edades de cada uno: _____
Usted trabaja? A) Si b) No	En donde? _____ En que? _____ Horario de trabajo: _____ Días a la semana _____
Desde cuando usted cuida a su familiar y depende de los cuidados que usted le proporciona? Fecha aproximada _____ Cuanto tiempo al día le dedica usted al cuidado de su familiar? _____ hrs./día _____ días/sem. Ha asistido Ud., a algún curso para poder brindarle los cuidados necesarios a su familiar? _____	
Tiene a su responsabilidad el cuidado de otras personas? A) Si ¿A quien? _____ ¿Cuales son los cuidados que le proporciona usted? _____ b) No.	
Además de usted ¿Cuántas personas apoyan en el cuidado del adulto mayor (cuidadores secundarios)? _____ ¿Cuánto tiempo en total, le dedican al cuidado del adulto mayor, los cuidadores secundarios? Al día en promedio _____ hrs. _____ días /semana. ¿Que actividades realizan? _____	
¿Tiene trabajadora domestica?: Si ___ No ___ Parentesco _____ Miembro de la familia _____ Persona pagada. ¿Que actividades realiza? _____ Cocina _____ Hace la limpieza de toda la casa _____ Lava la ropa _____ ¿Cuántos tiempo esta en el domicilio a la semana? _____ horas _____ días /semana.	

**Situación de salud (Circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el cuidador y escriba el tratamiento).**

Tipo de enfermedad que padece	Adicciones	Tx. Médico (Anoté el nombre del medicamento y acción)
Diabetes mellitus	Enfermedades Osteoarticulares	
Hipertensión arterial	Cáncer de ....	
Insuficiencia renal aguda	Demencia	Procedimientos y/o técnicas específicas de Enfermería
	Parkinson	

**MINI EXÁMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO.** Realice las preguntas y asigne un por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta.

Pregunte: 1. <b>¿Qué fecha es hoy?</b> <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué mes estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana? <input type="checkbox"/> ¿Qué hora es aproximadamente?	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) /5
Pregunte: 2. <b>¿En dónde nos encontramos ahora?</b> (Casa, consultorio, hospital, etc.) <input type="checkbox"/> ¿En qué lugar estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué país? <input type="checkbox"/> ¿En qué estado? <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad o población? <input type="checkbox"/> ¿En qué colonia, delegación o municipio?	( ) ( ) ( ) ( ) /5
3. Diga al sujeto la siguiente instrucción: <b>"Ponga mucha atención, le voy a decir una lista d tres objetos; papel, bicicleta y cuchara"</b> , después pida al sujeto: <b>"Repita las palabras"</b>	/3

### ATENCIÓN Y CÁLCULO

4. Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del No. 100. <b>"Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100- 7=93; 93-7 =86."</b> Continúe hasta que yo le diga que se detenga..Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)	/5
---	----

EVOCACIÓN	
5. Pida al sujeto "Repita las tres palabras que le pedí que recordara"	/3
LENGUAJE	
6. <b>Nombrar:</b> Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <b>¿Cómo se llama esto?</b> Repita lo mismo con un lápiz.	/2
7. Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Solo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención" (Diga lenta y claramente): "NI NO, NI SI, NI PERO"	/1
8. <b>Comprensión:</b> Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: "Le voy a dar algunas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez". "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo" (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).	/3
9. <b>Lectura:</b> Muestre al sujeto la instrucción escrita en una tarjeta: "Cierre los ojos" Pida al sujeto: "Por favor haga lo que dice aquí"	/1
10. <b>Escritura:</b> Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: "escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido", que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda) La escribe bien	/1
11. Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, "copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja". No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine. Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (no tome en cuenta temblor, ni rotación)	/1
<b>TOTAL:</b>	
24-30 puntos = normal, Igual o menor a 23 = deterioro cognitivo leve, Igual o menor a 17 = deterioro cognitivo severo	



<b>ESCALA DE ZARIT.</b> Ese cuestionario se diseñó para ayudar a valorar el nivel de estrés de los cuidadores de personas. Pregúntele al cuidador y ponga un círculo para contestar cada pregunta que mejor refleja lo que siente el cuidador. Luego haga el puntaje para determinar su nivel de estrés.					
<b>0= Nunca 1 = Rara vez 2 = Alguna vez 3 = Bastante frecuente 4 = casi siempre</b>					
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?	0	1	2	3	4
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades familiares o laborales?	0	1	2	3	4
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar depende de Usted?	0	1	2	3	4
¿Se siente tenso (a) cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
¿Piensa que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Desearía poder dejar que otra persona cuide de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente indecisa sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que debería de hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
0 - 47 Poca o ninguna carga. 48-55 - Sobrecarga ligera a moderada. Más de 55 Sobre carga intensa	<b>TOTAL</b>				

CONOCIMIENTO: proceso de la enfermedad						
Conocimiento: Proceso de la enfermedad. Puntuación global	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	
Descripción del proceso de la enfermedad.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de la causa o factores contribuyentes.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los factores de riesgo.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los efectos de la enfermedad.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los signos y síntomas.	1	2	3	4	5	NA

Descripción del curso habitual de la enfermedad.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de medidas para minimizar la progresión de la enfermedad.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de las complicaciones.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones	1	2	3	4	5	NA

**CONOCIMIENTO: cuidados de la enfermedad**

Conocimiento: Cuidados de la enfermedad. Puntuación global	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	
Descripción de la dieta	1	2	3	4	5	NA
Descripción de la conservación de la energía	1	2	3	4	5	NA
Descripción del control de la infección.	1	2	3	4	5	NA
Descripción de la medicación	1	2	3	4	5	NA
Descripción de la actividad prescrita	1	2	3	4	5	NA
Descripción del procedimiento terapéutico	1	2	3	4	5	NA
Descripción del régimen terapéutico	1	2	3	4	5	NA
Descripción del motivo de restricciones.	1	2	3	4	5	NA

**CONOCIMIENTO: Recursos sanitarios**

Conocimiento: Recursos sanitarios. Puntuación global	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	
Descripción de los recursos que aumentan la salud	1	2	3	4	5	NA
Descripción de cuando contactar con un profesional sanitario	1	2	3	4	5	NA
Descripción de las medidas de urgencia	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los recursos para la asistencia urgente	1	2	3	4	5	NA
Descripción de la necesidad de asistencia continua	1	2	3	4	5	NA
Descripción del plan de asistencia continua	1	2	3	4	5	NA
Descripción de los recursos sociales de ayuda disponible	1	2	3	4	5	NA
Descripción de cómo contactar con los servicios necesarios	1	2	3	4	5	NA

## BIBLIOGRAFIA.

- BRUNNER. Tratado de Enfermería Médico – Quirúrgico. Editorial Mc Graw Hill. 2000
- CAPERNITO, Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2003. España.
- Correa Rovelo Manejo Integral del Paciente Ostomizado. 1º Ed; Mexico D.F; editorial Alfil.
- D. Hyver Carlos, G.R.L Geriatría 2ª Ed; Mexico D.F 2009 Editorial Manual Moderno.
- KOZIER, Barbará. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª edición. Editorial McGraw Hill. Interamericana. 2005. Madrid, España
- LUÍS Rodrigo Maria Teresa; De La Teoría A La Practica: El Pensamiento De Virginia Henderson En el Siglo XXI; 2ª Ed; Barcelona; México: Mansson; 2000; P.187.
- NANDA, Internacional. Diagnósticos Enfermeros “Definiciones y Clasificación 2005 2006”. Editorial Mosby/Doyma Libros. 2006. Madrid España.
- POTTER, Patricia, Ann. Fundamentos de enfermería, 5ª Edición, Editorial Harcourt, Madrid, 2002.
- R.B Salter Trastornos y lesiones del sistema musculoesqueletico; 2ª Ed; Barcelona España 1997. Editorial Masson.
- ROSALES, Barrera Susana – REYES Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Moderno. 2004. México.

## FUENTE REFERIDA

- [http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc\\_que\\_es\\_envejecer\\_3](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_que_es_envejecer_3)
- [http://www.lesionmedular.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=96&Itemid=82](http://www.lesionmedular.org/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=82).
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002942.htm>.
- <http://www.dolormerck.com.mx/pacientes/dolor-cronico.html>