



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

ESPECIALIZACION EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A UNA ANCIANA CON
ACALASIA HOSPITALIZADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MEDICAS Y DE NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

ESTUDIO DE CASO:
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

PRESENTA:
L.E.O. ERICA TANIA CHAPARRO GONZÁLEZ

ASESORA E.E.A. ANASTASIA TOVAR PALOMARES

MÉXICO D.F. AGOSTO 2008



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.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios antes que a nadie por permitirme llegar hasta este momento, por darme los padres más maravillosos del mundo, la hija más amorosa y tierna sobre la faz y a mis hermanas por confiar en mi capacidad.

A mi hija Esmeralda

Agradezco tu compañía, tu amor y tu lealtad,
Espero corresponder a tu gran cariño y apoyo
En cada momento de tu existencia,
De la manera que tu mereces,
Y te pido me perdones por el tiempo que no he pasado junto a ti.

Te amo, eres la luz y la razón de mi existir.

A mi Madre y mi Padre.

Agradezco que cada día de mi vida han estado a mi lado,
Han tolerado mi genio, mi abandono y mi lejanía,
Me han visto llorar y han secado las lagrimas,
Me han visto sufrir y me han alentado a seguir,
Me han visto caer y me apoyaron para levantarme,
Por eso el mérito de este trabajo es suyo,
Espero ser la hija que merecen
Porque ustedes son los mejores padres que yo podría tener.

Gracias.

Gracias a la Dra. Ma. Esther Lozano por alentarme y apoyarme en tiempos difíciles y al Dr. Alfredo Calleja por impulsarme a continuar superándome y a la Dra. Gaby por su comprensión. También a Evita y Paty por toda su ayuda.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. FUNDAMENTACIÓN	6
4. MARCO CONCEPTUAL	
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	9
4.2. PARADIGMAS.....	10
4.3. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
• Principales conceptos y definiciones	
• Las 14 necesidades básicas	
• Fuentes de dificultad	
• Rol profesional	
4.4. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	17
• Definición	
• Valoración	
• Valoración geriátrica	
• Diagnóstico de Enfermería	
• Planificación	
• Ejecución	
• Evaluación	
4.5. TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA.....	32
4.6. VALORACIÓN CLÍNICA DE LA ACALASIA.....	33
• Definición	
• Anatomía patológica	
• Signos y síntomas	
• Diagnóstico	
• Tratamiento	
5. METODOLOGÍA	
5.1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO.....	38
5.2. SELECCIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	38
5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
6. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	40
7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.....	43
8. PLAN DE ALTA.....	72
9. CONCLUSIONES.....	75
10. SUGERENCIAS.....	77
11. BIBLIOGRAFÍA.....	78
12. ANEXOS.....	82

I. INTRODUCCIÓN

México, a diferencia de otros países envejece rápidamente; en el año 2000 la población de 65 años y más representaba el 4.6% (4.6 millones de personas, de 100 millones calculados para este año) de la población total, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO 2000 – 2050); en el 2050 esta será de 21.3% (27.5 millones de personas). La esperanza de vida al nacimiento para la población general en promedio es de 75.4 años; 77.9 años para las mujeres y 73.0 años para los hombres. Este fenómeno poblacional se caracteriza por la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y mortalidad, así como el aumento en la esperanza de vida dando como resultado el envejecimiento gradual de la población.

Tomando en cuenta el acelerado crecimiento de este grupo étnico es necesario contar con recursos profesionales y especializados; en la actualidad hay solo 250 geriatras 8 millones de ancianos; sin embargo, se requiere personal de otras disciplinas para atender a este segmento de la población; de aquí la importancia de la especialidad de enfermería en el anciano. Los adultos mayores son un grupo con características específicas, las cuales no pueden equipararse con ninguna otra etapa de la vida; además de ser personas vulnerables por consiguiente debe existir personal dedicado a esta población. La enfermera especialista realiza una valoración abarcando todos aquellos aspectos capaces de afectar la salud del individuo, para ello debe ejecutar un estudio detallado a través de el proceso de atención de enfermería, con la finalidad de brindar cuidados y así lograr una mejor atención. Todo ello está orientado a detectar problemas y planear cuidados que mejoren la calidad de vida o coadyuvar en el tratamiento de enfermedades así como evitar las posibles complicaciones.

En este estudio de caso se describe a una persona femenino adulto mayor con un diagnóstico de acalasia, presentando pérdida de peso importante y debilidad muscular, para lo cual se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Esta patología suele ser poco frecuente en la población general, sin embargo el mayor número de casos se presenta en los adultos mayores.

El trabajo contiene un marco conceptual, el cual le sustenta, también se describe la fisiopatología de la Acalasia y la metodología. Posteriormente se desarrolla la aplicación del proceso de intervención especializada, plan de alta, conclusiones y sugerencias.

2. OBJETIVOS

Elaborar un estudio de caso a través del proceso de atención de enfermería especializada e individualizada a una persona adulta mayor con alteración de la necesidad de alimentación así como de movimiento y postura utilizando el Modelo de Virginia Henderson.

Proporcionar atención de enfermería especializada para conservar y mejorar la independencia del adulto mayor en la satisfacción de las 14 necesidades.

Orientar a la familia y cuidador primario para potencializar al máximo la capacidad funcional del adulto mayor.

3. FUNDAMENTACIÓN

El Modelo de Atención de Virginia Henderson, ha sido poco aplicado en estudios de caso en el Adulto Mayor (50 de 866)¹, sin embargo esto no implica que sea de poca utilidad, sino, por el contrario facilita el cuidado enfermero de una forma estratégicamente planeada, sin dejar de lado ningún aspecto que pueda afectar al individuo o paciente.

En un libro se realizó una excelente conjunción y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson; resaltando la importancia de aplicar dicho modelo debido a que está suficientemente desarrollado y apoyado en bases científicas además de utilizar un lenguaje comprensible y sencillo de llevarlo a la práctica, sin embargo puntualiza que este no es el único modelo existente brindando al lector la oportunidad de aplicar otros modelos. Expone diversos casos con la aplicación del modelo de Henderson, realizando un análisis de la valoración de las necesidades básicas, incluye también la elaboración de diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) y el formato PES (Problema, Etiología, Signos/síntomas), posteriormente redacta la planeación de los cuidados de cada caso. Finalmente concluye que el Modelo de las 14 Necesidades Básicas es aplicable a todas y cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.²

En un artículo de la Sociedad Americana de Enfermería Geriátrica (American Association for Geriatric Nursing) se hace referencia a la necesidad de aplicar una valoración de enfermería que abarque las características propias del Adulto Mayor, la cual debe contener aspectos cognoscitivos, funcionales, emocionales y sociales; además de todos aquellos aspectos intrínsecos del envejecimiento como lo es el propio proceso de envejecimiento. Todo ello con el objeto de realizar una valoración que detecte problemas reales y potenciales, la elaboración de diagnósticos propios de enfermería y

¹ Biblioteca ENEO-UNAM 2000-2007 México.

² FERNANDEZ F; Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de caso, Ed. Masson Salvat, Madrid, 1995. p.117-124

que finalmente permita el establecimiento de un plan de cuidados orientados a la resolución y prevención de problemas de salud.³

Al igual que el artículo anterior *Clinics in Geriatric Nursing*, enfatiza la importancia de la valoración especializada de enfermería, haciendo referencia al diagnóstico multidisciplinario, la utilización de escalas geriátricas y a optimizar los recursos necesarios para afrontar los resultados.⁴

En un estudio de caso de insuficiencia respiratoria basado en el Modelo de Virginia Henderson; refiere que al utilizar el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica clínica se puede modificar la forma de pensar y actuar de enfermería, así como su proceder ante el sujeto de cuidado. Además menciona que al utilizar la valoración de las 14 necesidades le resulta de fácil comprensión detectar las necesidades afectadas, y así, poder ejecutar los cuidados necesarios para el restablecimiento del paciente.⁵

En un “Estudio de Caso al Adulto Mayor” se hace hincapié en la utilización del modelo de Henderson, ya que permite brindar cuidados de enfermería de una forma racional, lógica y sistematizada por estar basada en el método científico, ayudando a que la planeación se efectuó priorizando las necesidades afectadas para lograr posteriormente su independencia.⁶

En otro estudio de caso se hace referencia que el Modelo de Henderson es ideal para aplicarlo como patrón metodológico en la Especialidad del anciano por su sencillez y por que la valoración de las 14 necesidades son aplicables a cada individuo, además de brindar un buen sustento de bases científicas en el desarrollo del cuidado del adulto mayor.⁷

³ TASSONE K. Christine y Cols. Who Cares For Older Adults? Workforce Implications Of An Aging Society. Health Affairs, November 1, 2005; U.S.A.24(6): 1436 - 1445.

⁴ JACKSON F; Marilyn. Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. Journal of Advanced Nursing, Canada, Volume 19 Issue 3, Pages 492 - 502 Published Online: 15 Feb 2006

⁵ SÁNCHEZ S; Adriana. Estudio de caso aplicado a una persona con sepsis abdominal, utilizando como modelo conceptual la filosofía de Virginia Henderson y para la valoración las 14 necesidades básicas. México, 2006. p. 51

⁶ SINECIO B; Maria L., Estudio de caso de una Adulta Mayor con problemas en la Necesidad de movimiento y postura y la necesidad de Aprendizaje. México, 2003. p. 68-70

⁷ CERVANTES V; Margarita. Estudio de caso. Atención de enfermería a una persona anciana con alteración en la necesidad de eliminación por falta de fuerza y conocimiento, aplicando el Modelo de Virginia Henderson. Mexico, 2007. p. 22

En la medida que se apliquen con mayor frecuencia los Modelos de Atención de enfermería, se logrará una mejor atención al individuo, y entre mayor número de estudios de caso sean publicados se podrá vislumbrar su utilidad.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería debe abordarse desde diferentes perspectivas, lo que permitirá analizar las bases teóricas de la profesión para contextualizar el cuidado de enfermería como objeto de estudio. Es de vital importancia conocer como nos identificamos dentro de la enfermería y que concepto tenemos de nuestra profesión.

Hasta hace medio siglo la enfermería era considerada como la ejecución de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, pero este concepto ha ido cambiando hasta considerarla como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital; incluye el entendimiento de aquellos factores biológico, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, definiciones de indicadores y resultados de salud.

Aunque la disciplina y la profesión están estrechamente relacionadas y se retroalimentan, se deben distinguir de forma independiente. La disciplina de enfermería debe gobernar la práctica clínica y no ser definida por esta. La práctica se centra en el cliente, en el cuando y en el cómo un problema requiere acción y solución apropiada. La disciplina por su parte, agrupa el conocimiento significativo para todos los aspectos de la práctica y conecta el pasado, presente y futuro. La competencia profesional se entiende como algo más extenso que la simple atención de salud, conlleva la preparación de futuros profesionales y de investigadoras.

La disciplina de enfermería esta constituida por la ciencia de la enfermería; significa, que es el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica de la profesión; los fundamentos que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional.

A pesar de ser enfermería una disciplina emergente y de gran diversidad de acción, se requiere continuar con el desarrollo del cuerpo sustantivo de conocimientos que de sustento y dirección a la práctica.

La enfermería como cualquier disciplina de la salud debe cumplir una meta, lo cual se logra a través del servicio del cuidado de la salud de individuos y grupos de individuos, compartiéndola con otras profesiones de la misma área.

4.2.PARADIGMAS

Es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión. Su función es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutra, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual; a lo que se le debe añadir la característica de ser universal. Existen tres paradigmas en el área de enfermería en los cuales se sustentan las diversas metodologías de la investigación empírica – analítica, hermenéutica – interpretativa y sociocrítica.

La filosofía positivista y su intento de unificación científica han propiciado un enfoque y un método de investigación. Se caracteriza por la objetividad e independencia sujeto-objeto, ausencia de valores puesto que se dedica exclusivamente a descubrir relaciones entre los hechos; no se haya vinculada a ningún contexto específico ni a las circunstancias en las que se formulan las generalizaciones por lo tanto es universalidad de la teoría, contiene un monismo metodológico porque la ciencia y solo ella proporciona una actitud neutral, es de explicación causal puesto que se entiende todo fenómeno como un estado sucesivo de las cosas explicado por una ley científica; otra de las características es que la teoría guía y orienta la práctica, la teoría proporciona los fundamentos que permiten tomar decisiones racionales acerca del cuidado.

Hermenéutico o interpretativo. El origen de este enfoque se halla en el interés de los teólogos protestantes, la segunda fuente se halla en los trabajos de la primera

antropología científica y el tercer factor fue la influencia de la Teoría Social Alemana del XIX. Este paradigma observa que la característica definitoria de la “acción de cuidar” es su significado subjetivo, y no tanto su consecuencia compartamental o conductual. El comportamiento humano esta principalmente constituido por acciones; las acciones no pueden observarse del mismo modo que los objetos naturales, solo pueden ser interpretadas por referencia a los motivos del actor, a sus intenciones y al contexto social dentro del cual adquieren sentido tales intenciones. Desde la perspectiva interpretativa, los métodos cualitativos de investigación son vistos como ideales para acceder a una comprensión racional del ser humano, en todas sus dimensiones.

Paradigma sociocrítico. En él se agrupan pensadores alemanes caracterizados por el pensamiento crítico, inspirado en el marxismo, revisado y ampliado con aportaciones del psicoanálisis y la fenomenología. Su propósito común es teorizar la crisis de valores (individual y colectiva) en las sociedades liberales postindustriales. En este paradigma, afirmar que el conocimiento positivista de la sociedad es neutral y objetivo, considerar a la ciencia como un sistema neutral y abstracto, y al que no afecta ningún tipo de valores o intereses sociales, es ignorar que dicha sociedad esta construida socialmente y que en ella residen valores e intereses a menudo contrapuestos.

Una disciplina tiene un único metaparadigma, pero varios modelos conceptuales proporcionan formas diferentes de conceptos metaparadigmáticos. En enfermería se agrupan cuatro conceptos:

- Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros; que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, además puede contemplar un individuo, una familia o una comunidad.
- Entorno: se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.
- Salud: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentada por una persona.
- Enfermería: se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado.⁸

⁸ SINECIO B, Maria L. Op cit. p. 9-10

4.3.EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrollo un trabajo del cual inicialmente no pretendió hacer una teoría; su preocupación consistía en la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, ya que desde su época de estudiante sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud. El modelo de enseñanza de aquel tiempo era completamente medicalizado lo que le llevó a una insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional. Ya como enfermera graduada continúo con el interés e inicio una búsqueda bibliográfica que la llevo a la conclusión de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y en consecuencia no se podían establecer los principios y la practica de enfermería.⁹

Principales conceptos y definiciones.

ENFERMERÍA. Define la función de enfermería en términos funcionales.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”¹⁰

SALUD. Henderson no da una definición propia sobre la salud pero la equipara con la independencia. **Independencia** la define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas. Las necesidades básicas las divide en 14 componentes pero cada uno de ellos deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona.

ENTORNO. En este caso tampoco hizo Henderson una definición propia; sin embargo si se analiza el contenido del modelo, ella hace mención de forma implícita o explicita

⁹ FERNANDEZ F, Carmen. Op cit. p.3

¹⁰ GARCÍA L., Maria V. Enfermería del Anciano. Ed. DAE, Madrid, 2000. p.99

sobre la importancia del aspecto sociocultural y del entorno físico en la descripción de las 14 necesidades básicas y de los factores que la influyen.

PERSONA. De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson dice que cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento¹¹.

Las 14 Necesidades Básicas.

A partir del concepto de persona, Henderson describe la existencia de 14 necesidades básicas las cuales son comunes a todos los individuos, pero la habilidad y la capacidad de satisfacerlas puede resultar diferente en cada individuo a lo largo de su vida, dichos requisitos deben mantener la integridad tanto física y psicológica así como promover su desarrollo y crecimiento; las cuales son:

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de Descanso y sueño
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de Termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar o participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

¹¹ FERNANDEZ F, Carmen. Op Cit. p.3-10

Desde el punto de vista holístico el estudio por separado de cada necesidad en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente una parte de la realidad, la interrelación existente entre las diferentes necesidades puede ocasionar que al modificarse una de ellas otras resulten afectadas, de ahí la importancia de valorar al individuo como un todo. No obstante debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una son adecuadas cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recolección de datos de la etapa de valoración en el proceso de atención de enfermería. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios determinados por Henderson de independencia y dependencia.

Independencia como ya se menciona antes es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales. Todo ello a su vez modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

Dependencia puede ser considerada por un lado como la ausencia de actividades por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales). Existen diferentes barreras, limitaciones o dificultades que impiden a la persona satisfacer sus necesidades las cuales se denominan Fuentes o Causas de Dificultad.

Fuentes de dificultad. Pueden definirse como el impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o más necesidades fundamentales. Debido a la interrelación que

existe entre las necesidades es poco frecuente que solo se afecte una sola. Las causas de dificultad pueden ser las siguientes:

- Falta de Fuerza. Se interpreta tanto la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona así como la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, la cual vendrá determinada por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de Conocimiento. Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de Voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades¹².

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas pueden dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deben ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

Las fuentes de dificultad de orden físico pueden ser extrínsecas e intrínsecas; las primeras comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una o varias de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un serio problema para el individuo. La segunda es aquella que proviene del propio individuo, es decir, que son causados por factores orgánicos, genéticos, fisiológicos propios del individuo.

Las fuentes de dificultad de orden psicológico comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y de intelecto, que pueden influir en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Conciernen a los trastornos de pensamiento, ansiedad, estrés, problemas de evolución de la personalidad, estado de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones de crisis.

¹² FERNANDEZ F; Carmen, Op Cit. p. 7

Las fuentes de dificultad de orden sociológico. El hombre por naturaleza debe vivir en sociedad para satisfacer sus necesidades fundamentales. Crece en el seno de un grupo familiar y ha de recurrir a empresas creadas por la sociedad para instruirse, trabajar, procurarse el aprovisionamiento o cuidarse. Se crea una red de amigos y de relaciones; se une a una pareja y funda con frecuencia una familia. Estas interacciones pueden ayudarle en la satisfacción de sus necesidades o, en determinados casos, ponerles límites¹³. Es así que los problemas generados a su alrededor vinculados a las relaciones arriba mencionadas se consideran fuentes de dificultad de orden sociológico. También pueden presentarse como una modificación o pérdida del rol social.

Las fuentes de dificultad que tienen repercusión de orden espiritual adquieren importancia particular cuando se trata de cuidados prolongados o de cuidados administrados a personas de edad avanzada o a los moribundos. Sin embargo no conviene descuidar los problemas de este orden que pueden surgir en cualquier otra situación de cuidados porque la culpabilidad, la inseguridad religiosa, la insatisfacción relacionada causada por el sentimiento de una vida mal empleada puede añadirse siempre a los temores causados por el dolor y la enfermedad.

Fuentes de dificultad vinculadas a una insuficiencia de conocimientos, son aquellas donde el hecho de estar mal informado sobre la salud, su realidad personal, familiar o del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

Rol profesional.

Los cuidados básicos de enfermería se conceptualizan como acciones que llevan a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Los cuidados básicos de enfermería están ligados fuertemente con el concepto de necesidades básicas y persona ya descrito anteriormente en el sentido de que los cuidados básicos de enfermería son considerados como un servicio derivado del análisis

¹³ HERNÁNDEZ C, Sandra. Estudio de caso. El modelo conceptual de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson aplicada en una persona anciana con artritis reumatoide, 2000. p. 18-20

de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.¹⁴

Henderson analizó la contribución que enfermería realiza al trabajo en equipo multidisciplinario puesto que consideró que existe colaboración entre ambos en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del equipo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.¹⁵

Relativo a la persona, Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. En caso de que esta persona no comprenda o no acepta el programa (tratamiento) tratado con él y para él, o no coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El usuario es concebido como un sujeto activo y responsable de su propia salud, debe ser participe en las decisiones y en el logro de sus metas.¹⁶

4.4.PROCESO DE ENFERMERÍA

Definición.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos de personas en cuanto a las alteraciones de salud reales o potenciales. Las funciones del proceso ante las

¹⁴ ANTOLOGÍA. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM, 2005 338-339.

¹⁵ ANTOLOGÍA.. Op.cit. 339-340

¹⁶ ANTOLOGÍA. Ibidem 339-340.

instituciones son: dar respuesta a las deficiencias percibidas garantizando que es un instrumento pertinente para solucionar dificultades, debe servir como identidad de la propia profesión para si mismo como para la sociedad en general; es un instrumento para analizar e interpretar las propias practicas y su historia desde una perspectiva científica, además de permitir la toma de decisiones sobre cuestiones que afecten a muchos ciudadanos. Las funciones del proceso para el profesional de enfermería son: satisfacer sus necesidades personales, lograr el sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones; ayudar a la formación continuada del profesional, ordenar los medios y recursos para la actuación del profesional, organizar el tiempo, preparar las actividades a ejecutar, facilitar el cumplimiento de los objetivos, preparar al paciente para las actividades a realizar, modificar el plan de acuerdo a las circunstancias y facilitar la tarea del profesional. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación¹⁷. Durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- 1) Promover, mantener o recuperar el bienestar, apoyar al paciente a lograr una muerte pacífica cuando su estado es terminal.
- 2) Permitir a los individuos o grupos a dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades, y
- 3) Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.

Valoración.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Es la obtención de datos de la salud de la persona, familia o comunidad en forma intencionada, organizada y continua¹⁸. También es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado, de recogida¹⁹ de información. Es la base para determinar diagnósticos y tratamientos a las respuestas humanas y para la evaluación, logrando de esta forma los objetivos del cuidado del paciente. En la recolección de los datos se debe tener cuidado de seleccionar los datos de importancia del paciente desde un enfoque integral. Se debe

¹⁷ ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica, 2ª ed., Ed. Doyma, Madris, 1992. p. 7-8

¹⁸ JIMÉNEZ De E; Teresa. El proceso de enfermería. Una metodología para la practica. Orion Editores Ltda., Bogotá, 1997. p. 27

¹⁹ GARCÍA L; M. V., Op. Cit. p.106

considerar que para realizar la valoración existen factores que influyen en la obtención de la información, los cuales pueden favorecerla o desviarla; estos son:

1. Factores relacionados al paciente. Es importante conocer las etapas de evolución del ser humano ya que en cada una de ellas la forma de responder puede variar, ejemplo de ello, un bebe con una infección gastrointestinal no puede referir verbalmente su sentir, pero su respuesta será fiebre y llanto; un adulto mayor ante una enfermedad similar puede responder con un estado de delirium. De aquí la necesidad de conocer también el estado de salud físico y psicológico, nivel sociocultural y la existencia de experiencias previas.
2. Factores derivados del contexto situacional tales como el entorno físico y situación emocional. En relación con el entorno es necesario contar con un lugar apropiado para realizar la valoración, bien iluminado, de preferencia ausente de ruidos ambientales, que el paciente se sienta cómodo y que el lugar propicie alto grado de intimidad para favorecer la confianza entre la persona y el profesional; la enfermera deberá elegir el mejor momento para la valoración, así como considerar la conveniencia de la presencia de terceras personas. Deberá contar con todos los datos posibles previamente y definir desde un principio cual será el propósito de la valoración, el tiempo que tardara y las técnicas que se tengan previstas para la ejecución.
3. Factores relacionados con el profesional de enfermería que lleva a cabo la valoración. El profesional debe conocer el manejo del paciente así como el conocimiento de la disciplina de enfermería y de otras disciplinas humanas y socio-sanitarias. Tendrá la capacidad de interrelacionarse con el paciente previa preparación específica contando con habilidades de relación y comunicación. Contará con la suficiente destreza para la realización de técnicas instrumentales y/o maniobras específicas para la ejecución del examen físico.

La valoración consiste en el proceso de reunir todos los datos posibles, necesarios para los cuidados del individuo, dicho proceso es continuo pues a lo largo de su trabajo no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de sus pacientes. Cabe mencionar que existen diferentes *tipos de valoraciones* como la *generalizada* la cual se realiza al primer contacto con el paciente, la cual tiene como propósito captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a

la situación de salud que esta viviendo el paciente; la valoración *focalizada*, la cual se realiza ante la existencia de un problema concreto y esta orientada a la identificación, cuantitativa y cualitativa, de todos los factores que influyen en la presencia, modificación o ausencia del mismo, con el objeto de obtener evidencias, realizar el diagnóstico diferencial y ver la evolución de un problema concreto; la valoración de *urgencia* que se realiza ante una situación crítica cuando pelagra la vida y suele ser poco profunda; por ultimo la *continua* que se lleva después de transcurrir un tiempo de una valoración inicial la cual haya culminado con un diagnostico enfermero y la instauración de un plan de cuidados con la finalidad de modificar o continuar el mismo plan según la evolución del paciente.

La valoración se subdivide a su vez en 5 fases, las cuales son: 1. Recolección de información, 2. Interpretación o validación de la información, 3. Agrupamiento de los datos, 4. Comprobación de las primeras impresiones, por ultimo 5. Registro de datos.

1. Recolección de información. Consiste en reunir información, útil necesaria y completa sobre el paciente; existen una serie de puntos con los que debe contar, los cuales son: *Tipos de datos*, se obtendrán los antecedentes tanto pasados como presentes, datos objetivos (evidencias constatables) que se obtienen mediante la observación y el examen físico, datos subjetivos (se refiere a ideas, hechos o situaciones expresadas por el paciente) que se obtienen mediante la entrevista. *Técnicas de recolección*, estas son la observación, entrevista y examen físico (mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación), durante el examen físico el profesional debe utilizar todos sus sentidos; para la entrevista es necesario un buen trato al paciente, mantener una distancia entre la persona y el profesional, un lenguaje corporal acorde con el verbal, un tono de voz acorde con la necesidad del paciente, una conversación fluida que permita el pensamiento del paciente, lenguaje claro y sencillo, hablar de temas generales hasta los específicos con preguntas abiertas al inicio y cerradas al final, además de preparar previamente el material que utilizará (historia clínica de enfermería), contará con introducción donde se aclara el porque y para que de la entrevista; el cuerpo de la entrevista constara de una sesión de preguntas y respuestas dirigidas en relación a las 14 necesidades, para finalizar el profesional dará las gracias al paciente, platicar un poco con el y decirle que ha terminado la

entrevista. *Fuentes de información*, en ellas existen las primarias (el propio paciente), secundarias (familiares, amigos) y las terciarias que son todos aquellos profesionales del equipo de salud.

2. Interpretación o validación de la información. Consiste en asegurarse que la información obtenida es exacta, verídica y completa, corroborando la congruencia entre los datos objetivos y los datos subjetivos; todo ello a través de técnicas tales como la doble comprobación, clarificación (aclarar el mensaje), la paráfrasis (resumir lo que el paciente dice para aclarar lo que nos resulte confuso).
3. Agrupamiento de los datos. Consiste en organizar los datos de forma sistemática en categorías o conjuntos de información relacionada. La toma de los datos con un instrumento basado en un modelo enfermero dirige la atención hacia las respuestas de las personas ante determinadas situaciones de salud, y permite la identificación de problemas/diagnósticos enfermeros; el paso siguiente es realizar un análisis sintético y transversal de los mismos, en el que los datos de cada necesidad deben interrelacionarse con las restantes, pero para ello es necesario conocimientos suficientes de enfermería así como de disciplinas afines, pensamiento analítico y crítico que le permita percibir los errores u omisiones cometidos y aprender de ellos.
4. Comprobación de las primeras impresiones. Contando con la organización de la información obtenida podremos obtener una primera impresión que nos llevará obligadamente a la toma de decisiones, las cuales nos van a permitir poder formular el problema definitivo o darnos las pautas para reorientar y/o focalizar la valoración con el fin de obtener más información, o de otro tipo.
5. Registro de datos. El paso final es el registro, dejar constancia por escrito de toda la información obtenida, esta debe llevarse a cabo durante o inmediatamente después de finalizar la valoración con la mayor exactitud posible. Este registro debe ser en el primero de los casos un relato cronológico y continuado de lo que va encontrando y realizando, en el segundo supuesto, la enfermera anota los datos de valoración y el problema encontrado para posteriormente ir añadiendo el plan de cuidados²⁰.

²⁰ GARCÍA L; María V., Op. Cit. p.106-125

Valoración geriátrica.

De acuerdo con el proceso de atención de enfermería la primera etapa es la evaluación, para realizar una estimación del estado de salud en este caso del anciano, para ello es necesario establecer una relación terapéutica con el adulto mayor que facilite la obtención de información, así mismo que concuerden los objetivos de la enfermera con los del paciente para dar solución a las necesidades de éste. Los datos obtenidos durante la entrevista deberán ser útiles y significativos para poder vislumbrar las necesidades afectadas del paciente y posteriormente establecer las prioridades de atención. Inicialmente contara con todos los instrumentos que se utilizaran para la valoración, el lugar debe ser cómodo, bien iluminado, donde no exista ruido ambiental pues algunos ancianos tienen problemas de déficit visual y auditivo. Al iniciar la entrevista la enfermera debe explicar cual es el objetivo de la entrevista también cerciorarse que el adulto mayor esta en un momento propicio para la valoración, la profesional se colocara de frente al anciano a una distancia mínima de 40 cm procurando que su mirada este a la altura de la del anciano. Es necesario recordar que el tacto es muy importante en el adulto mayor ya que reduce el estrés y mejorar la confianza del paciente, sin embargo, la conveniencia de no tocar es individual. Debido a las características propias del adulto mayor algunas veces no es necesario seguir una historia completa utilizando el método tradicional pues dependiendo del adulto esto podría resultar inadecuado por tal motivo la enfermera no debe pasar por alto las oportunidades naturales ofrecidas por el medio ambiente para recoger información.

Existen algunas situaciones o factores que pueden afectar en forma significativa la entrevista con el adulto mayor, estos son los déficits sensoriales o de percepción, la ansiedad, un nivel reducido de energía, dolor, así como varios tipos de problemas de salud y sus interrelaciones, la tendencia a la reminiscencia; por todo lo expuesto antes, la enfermera debe tener la capacidad para identificarlos y utilizar técnicas que favorezcan la comunicación y poder recabar la información necesaria.

Dada la amplia gama de posibles causas para un solo signo se deben valorar las interrelaciones entre las 14 necesidades, por lo que se tomará en cuenta lo siguiente:

1. Principales preocupaciones. Lo primero que se tiene que hacer al valorar al adulto mayor es conocer las razones por las cuales solicita atención sanitaria, averiguar su queja principal, primero con el paciente y después con los familiares.
2. Historia de salud. Para la recolección de datos en este apartado es necesario apoyarse en el modelo de Virginia Henderson que nos guíara la entrevista a través de las 14 necesidades básicas, lo anterior con el objetivo de identificar el grado de independencia o dependencia y detectar las fuentes de dificultad.
3. Historia medicamentosa. El anciano por lo regular tiende a tomar muchos medicamentos, será importante conocer cuales son prescritos por un médico y cuales no puesto que el metabolismo del adulto mayor suele ser menor se corre el riesgo de intoxicación, desarrollar interacciones medicamentosas y mayor posibilidad de reacciones adversas.
4. Cambios de vida recientes. En relación a este punto cabe mencionar que por el grupo de edad al que pertenece el anciano es muy probable que presente cambios en su vida desde la pérdida de un ser querido hasta el cambio de roles, lo cual puede desencadenar estrés, aislamiento, depresión y sensación de malestar general.
5. Evaluación funcional. El mantenimiento de la independencia y funcionalidad del anciano son el principal objetivo de la enfermera gerontóloga, es por eso que durante la valoración es por eso la importancia de utilizar un diseño adecuado para la intervención. La valoración del estado funcional es una medida de la capacidad para realizar las actividades diarias de forma independiente. Intervenir adecuadamente implica determinar las capacidades y limitaciones que le dan un grado de independencia o dependencia. Para realizar esta valoración es necesario hacer uso de algunos instrumentos como el índice de Katz, Lawton así como la escala de Yessavage (GDS, escala geriátrica de depresión). El índice de Katz o Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) es utilizado en la determinación de las respuestas al tratamiento y pronóstico de los ancianos o de personas enfermas de forma crónica; se basa en la evaluación de seis funciones: bañarse, vestirse, aseo personal, desplazarse, continencia y alimentación, se clasifica la ejecución de dichas actividades en adecuada o inadecuada. Este

instrumento en un momento dado permite a la enfermera la posibilidad de describir el nivel funcional del paciente. Lawton o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, esta escala mide la capacidad para realizar actividades como su nombre lo dice instrumentales y son: preparación de alimentos, capacidad para desempeñar tareas laborales y del hogar, lavado de ropa, manejo de medicamentos, capacidad para viajar (uso de transporte público, salir de la ciudad), compras, manejo de dinero y uso de teléfono. Para medir la función cognitiva se hace uso del Examen Mínimo Mental o Folstein el cual evalúa el grado de afectación del estado mental, evalúa: orientación, registro, atención, memoria, cálculo, praxis y lenguaje, con una puntuación máxima de 30, una puntuación menor de 24 puede indicar deterioro cognitivo sin embargo es necesario conocer el nivel de escolaridad del paciente. Para valorar el área afectiva se utiliza GDS en busca de depresión, pero la prueba no resulta tan confiable cuando el paciente presenta demencia significativa; consta de 30 preguntas que son calificadas entre 0 y 1, solo responde si o no. La calificación entre 15 y 22 sugieren depresión ligera, más de 22 puntos sugieren depresión severa. Existen versiones modificadas que utilizan menos reactivos pero para fines de este trabajo se utilizó los 30 reactivos.²¹

6. La valoración social se ocupa de la relación existente entre el anciano y el medio social donde se desarrolla. El bienestar social mejora el estado de salud del anciano favoreciendo el abordaje de los problemas planteados por la enfermedad y ayuda de forma importante a apresurar la autonomía del individuo cuando aparece incapacidad funcional. Debe tomarse en cuenta que la capacidad funcional va a ser el resultado de la interacción de los factores físicos, cognitivos, emocionales y sociales; los cuales están interrelacionados con los factores personales individuales como la capacidad física, psicológica, emocional, cognitiva del paciente y con otros factores del medio social tales como el entorno donde se desarrolla el individuo, recursos sociales con los que cuente, soporte social y las expectativas a futuro del anciano.

²¹ GARCÍA L; Maria V., Op. Cit. p.106-125

Exploración Física. Esta se desarrolla por aparatos y sistemas. Iniciando por tegumentario y tacto, observando piel y uñas en búsqueda de cicatrices, lesiones o algún tipo de infección, así como pérdida de sensibilidad en alguna zona.

Sistema visual se realiza medición de la agudeza visual, se observe el reflejo pupilar, percepción de campos visuales, examen del cristalino con oftalmoscopio. Sistema auditivo, se revisa conducto auditivo externo y tímpano con otoscopio, se comprueba la transmisión aérea (prueba de Weber) y ósea (prueba de Rinne) del sonido utilizando el diapasón.

Sistema olfativo, se valora la simetría, la limpieza de las narinas y observar si las mucosas son húmedas, permeabilidad de las fosas, identificación de olores. Sistema gustativo, se realiza examen de la cavidad oral observándose color e hidratación de la mucosa, condiciones de las piezas dentales o ausencia de estas, también se revisa la lengua y encías en busca de úlceras.

Aparato respiratorio, en este se valora, frecuencia y profundidad respiratoria, presencia de alteraciones en la caja torácica, verificar si el paciente utiliza músculos accesorios para la respiración. Palpación de la traquea en busca de desplazamiento, también de costillas en busca de dolor.

Sistema cardiovascular, observación y palpación de la vena yugular en busca de ingurgitación, búsqueda de pulsos carotídeos, braquiales, radiales inguinales, poplíteos y pedios; auscultación de ruidos cardíacos y toma de TA (en decúbito supino, sentado y parado), así como coloración de la piel, llenado capilar y la presencia de venas varicosas en piernas.

Glándulas mamarias. Se realiza revisión en decúbito supino y sentada con los brazos extendidos sobre la cabeza, observar simetría, coloración del pezón así como salida de líquido, presencia de masas en las mamas, cambio de coloración en la piel, zonas de dolor.

Aparato digestivo, se observa la simetría abdominal buscando la presencia de masas, auscultar los ruidos abdominales, palpar en busca de zonas dolorosas así como determinar tamaño y localización de bazo, hígado y estómago. Realizar percusión para valorar distensión abdominal

Aparato genitourinario. En el caso de la mujer cerciorarse que haya miccionado, colocarla en posición ginecológica para observar y palpar genitales externos en busca de alteraciones, secreción (en este caso color, consistencia y olor así como tomar una

muestra), examinar genitales internos. Examen de tono del esfínter anal, prolapso de varices, salida de sangre por recto, palpar en busca de zonas dolorosas. En el caso de varón colocar al paciente en posición de sims para examinar la bolsa escrotal y pene, retraer el prepucio en pacientes no circundados, palpar la bolsa escrotal, palpar la próstata mediante tacto rectal (enguantarse, notará la próstata como una estructura anterior bilobulada con una depresión entre ambos cuerpos), explore el recto y ano igual que en la mujer.

Sistema músculo esquelético. Observar y palpar todas las articulaciones, se valorará la marcha, postura, la forma de sentarse así como las posiciones que adopte y el movimiento de las manos. Valorar la fuerza muscular pidiéndole que apriete firmemente con sus dedos índice y medio.

Sistema nervioso. Valorar el comportamiento y nivel de conciencia del paciente, observar la presencia de temblores, incoordinación, movimientos involuntarios y tendencias a utilizar un solo lado, pedirle que camine con punta-talón, palpar la laxitud de los músculos, sensibilidad y rigidez. Valorar los reflejos tendinosos. Observar si el paciente presenta algún problema articular teniendo cuidado de producir dolor²².

Diagnóstico de Enfermería.

Para poder realizar el diagnóstico es necesario realizar un análisis e interpretación de la información obtenida. Análisis significa separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos²³. Analizar significa escrutar (mirar hacia adentro), profundizar, tratar de distinguir y descomponer en sus partes, hacer clasificaciones y hacer relaciones. El análisis dentro del marco conceptual de Henderson se lleva por medio del examen de datos y su clasificación es en independencia (reflejo de satisfacción autónoma de necesidades) y dependencia (insatisfacción de las necesidades básicas). El análisis supone igualmente la agrupación de los datos en torno a cada una de las 14 necesidades con el fin de establecer un esquema en conjunto. Interpretar quiere decir explicar, dar un sentido. En el marco del proceso de cuidados según el modelo de las necesidades básicas esto significa explicar el origen de las causas del problema de dependencia y detectar los factores que contribuyen a ella, es

²² McVAN, Barbara. Cuidados geriátricos en enfermería. Ed. Doyma, Madrid, 1985. p. 18-21

²³ Diccionario de la lengua española y de nombres propios. Ed. Océano, Madrid, 2000. p. 45

decir, definir las fuentes de la dificultad. El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia, y cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta la persona. El problema de dependencia junto a su fuente de dificultad constituye el diagnóstico de cuidados, que dentro del proceso, es el objetivo del análisis y la interpretación²⁴.

Ahora bien, el diagnóstico es un juicio clínico acerca del problema de un paciente que deriva de la valoración de enfermería, el cual requiere de intervenciones del profesional de enfermería, es decir, el establecimiento de conclusiones relativas a los datos recolectados que fueron analizados e interpretados. En la práctica profesional la enfermera, gracias a su continuo contacto con el cliente y a sus conocimientos, esta en capacidad de identificar varios tipos de diagnósticos. El diagnóstico de enfermería complementa el diagnóstico médico, identifica una respuesta real o potencial a la enfermedad en particular, se orienta hacia el individuo, las respuestas sugieren una necesidad de enfermería, cambia a medida que cambian las respuestas del paciente e implican intervenciones de enfermería asociadas a ellas pero además es un hecho la existencia de varias formas de expresar los diagnósticos de enfermería, el sistema más utilizado fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería. El diagnóstico de enfermería también es considerado como proceso ya que debe responder a una serie de operaciones cognoscitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración pueda llegar al punto culminante de diagnóstico o problema, los pasos que incluye son:

- Clasificación de los datos según los indicadores o categorías que se hayan utilizado en el marco de referencia para obtención de los mismos.
- Una vez agrupados los datos, estos se examinan en busca de datos claves (que destacan o validan la presencia de signos y síntomas).
- Lo siguiente es la interpretación de los datos o inferencia de problemas.
- A continuación prosigue la validación de los problemas propuestos, mediante la revisión y análisis del conocimiento previo de los datos²⁵.

De acuerdo con lo anterior lo que se identificará son problemas de dependencia, es decir, son los cambios desfavorables en la satisfacción de una necesidad fundamental,

²⁴ HERNÁNDEZ C; S., Op Cit. p. 24-25

²⁵ JIMÉNEZ De E; Teresa, Op. Cit. p. 60-65

que pueden ser de orden bio-psico-social, cultural y espiritual, y se manifiesta a través de signos observables. Existe una estrecha relación entre las necesidades lo cual se evidencia más al definir el problema de dependencia y la fuente de dificultad. Por lo que una intervención que sirva para corregir un problema con frecuencia es suficiente para corregir los demás problemas que están relacionados con el. Esto evita la multiplicación innecesaria de intervenciones que tienen el mismo objetivo.

Tipos de Diagnósticos.

Los tipos de diagnóstico aceptados hasta la fecha son:

Reales. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES:

Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).

Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Potenciales. Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE:

Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De Beneficio. Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o

si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.²⁶

Planificación.

Es la tercera etapa del proceso y se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar los problemas de dependencia identificados en el diagnóstico de enfermería. En esta etapa como en las anteriores es necesaria la participación del paciente y útil para garantizar el éxito del plan propuesto y corregir el problema. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos, sobre el estado físico y mental de la persona y que puede reducir los efectos del problema de dependencia. Es así que debemos entender esta fase como un proceso de toma de decisiones para la elaboración de un plan de cuidados, por tanto, para la realización de dicho plan hemos de tener en cuenta en primer lugar un Modelo Teórico que determine las directrices de la intervención de enfermería, considerar el diagnóstico de enfermería y por último decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir, la acción técnica y la actuación de la enfermera que pretende llevar a cabo un cambio en el estado del paciente, lo cual se logrará mediante el Proceso de Enfermería.

La planeación de enfermería como proceso consta de tres fases:

1. Establecimiento de prioridades de acuerdo al modelo en este caso de Virginia Henderson y las características propias del paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería, que es descripción de las acciones a realizar.

Las acciones deben estar orientadas acordes con los objetivos, así pues una vez seleccionados se tendrá en cuenta de que recursos se cuentan para el cumplimiento.

Es importante establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales que permita tener una fuente de información para todos en relación a los cuidados que se le están brindando al paciente y esto solo se realiza a través del plan de cuidados de enfermería. La mayor utilidad del plan de cuidados consiste, en facilitar un seguimiento

²⁶ Internet: http://www.laenfermeria.es/apuntes/otros/fundamentos_enfermeria/diagnostico_enfermeria.doc. España, p 1-5

de cuidados entre las distintas enfermeras y equipo de trabajo. En efecto, las enfermeras de los diferentes equipos de trabajo pueden de esta forma asegurar una línea constante de orientación, por consiguiente se convierte el plan en un instrumento de la continuidad de los cuidados.

Los objetivos de cuidados pueden definirse como una meta a la que se quiere que llegue la persona, se trata de la intención de los cuidados en la espera de la respuesta o comportamiento del paciente. Las características de los objetivos son especificidad, acción esperada, implicación o nivel de compromiso y realismo; pueden pertenecer a diferentes campos que pueden ser:

1. De naturaleza psicomotriz, cuando está implicado un movimiento
2. De naturaleza cognitiva, cuando se refiere al conocimiento.
3. De naturaleza afectiva, cuando están implicadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos.

Por otro lado las intervenciones de la enfermera se orientarán a aumentar y completar lo que la persona puede realizar por sí mismo y, en determinados casos, suplir aquello que no pueda realizar por sí mismo, sus acciones tienen como objeto principal conservar un grado óptimo de independencia de la persona. Las características de las intervenciones son la creatividad (que respondan verdaderamente a las necesidades específicas), personalización y por último ser mensurables puesto que también pueden ser evaluables.

Ejecución.

La ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos que se han propuesto; durante esta etapa el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar 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.

De acuerdo con el modelo de Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir a la persona hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de las necesidades; pero según la condición de la persona, el estado de dependencia

puede ser variable, por consiguiente antes de ejecutar cuidados es esencial evaluar que la persona pueda por sí misma a fin de procurar y conservar toda la autonomía posible. La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con la persona, para establecer una relación significativa, durante los cuidados la enfermera tiene una posición privilegiada ya que lo toca, lo escucha, le responde a sus preguntas y comparte con él determinados momentos el peso de la enfermedad y le comunica su comprensión empática. Si la enfermera así lo decide estos contactos pueden ser el pretexto perfecto para una relación afectuosa que le confiere a los cuidados un carácter humano de calidad.

La ejecución también implica etapas que son la preparación, la intervención y la documentación. En la preparación es necesaria la revisión de las intervenciones para asegurar que son compatibles con el plan de cuidados, análisis del conocimiento y habilidades necesarias de la enfermera, reconocimiento de las complicaciones asociadas a las actividades de enfermería, proporcionar los recursos necesarios y la preparación de un entorno seguro para las actividades a realizar. Las intervenciones, enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales de la persona. En la documentación tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Es así que el registro de estas acciones y reacciones constituye una función importante del profesional de enfermería. La calidad del registro relativo al paciente, y la relevancia de aquello sobre lo que el profesional de enfermería decide dejar constancia, determinará el valor de la información directa acerca de los objetivos propuestos con respecto a las reacciones individuales del paciente, además de presentar la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

Evaluación.

Como última fase del proceso de enfermería constituye la respuesta del paciente a las acciones planificadas. En este momento el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución del problema se utilizarán como marco para la evaluación, es decir, las consecuencias que producen en el paciente las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que derivan de ellas. El modelo de Henderson ayuda a

determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos²⁷.

La evaluación de los resultados es en cierta forma una recolección de los datos más limitada que toca ciertos aspectos del problema de salud de la persona, para los que se había planificado determinadas intervenciones. Resulta que esta etapa cierra la espiral de la marcha del proceso de cuidados y a su vez pone de nuevo en marcha este mecanismo; de este modo, cada que se van añadiendo nuevos datos se ha de ir dando tratamiento sucesivo. Es así que la evaluación abarca también toda la planificación del conjunto de cuidados que proporcione la enfermera, su capacidad para trabajar en equipo, los conocimientos de la disciplina de enfermería así como de otras disciplinas. Es necesario enfatizar que la evaluación abarca todas las etapas del proceso de atención de enfermería, ya que en un momento dado puede presentarse la necesidad de modificar alguna de ellas a conveniencia del mejoramiento de la persona o paciente.

4.5. TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Desde el 2005 la NANDA se reconoce como una terminología diagnóstica bien establecida. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos. Desarrolla una terminología para describir los juicios que las enfermeras hacen al proporcionar cuidados enfermeros a las personas, familias, grupos y comunidades. Estos juicios –o diagnósticos- son la base para la selección de resultados e intervenciones enfermeros.

²⁷ FERNÁNDEZ C; Novel G. El proceso de atención de enfermería. Ed. Masson, Madrid, 1993.

En este momento, el número de diagnósticos es de 172 agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés. Una clase es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado. Los dominios son²⁸:

- Promoción de la salud
 - Eliminación/intercambio
 - Percepción/cognición
 - Rol/relaciones
 - Afrontamiento/tolerancia al estrés
 - Seguridad/protección
 - Crecimiento/desarrollo²⁹
- Nutrición
 - Actividad/reposo
 - Autopercepción
 - Sexualidad
 - Principios vitales
 - Confort

La lista de los diagnósticos sigue incrementándose a medida que los profesionales de enfermería identifican y validan designaciones que describen el campo de la práctica de enfermería.

4.6. VALORACIÓN CLÍNICA DE LA ACALASIA

Definición.

La acalasia es un trastorno idiopático de la motilidad en los tercios distales (músculo liso) del esófago y deterioro en la relajación del esfínter esofágico inferior. Aparentemente hay desnervación del esófago que se produce principalmente por pérdida de neuronas inhibitorias productoras de óxido nítrico en el plexo mientérico. Se desconoce la causa de la degeneración neuronal³⁰.

Se trata de un trastorno motor del músculo liso esofágico que produce una contracción excesiva del esfínter esofágico inferior, que no se relaja adecuadamente al tragar, y contracciones anómalas que sustituyen al peristaltismo normal del cuerpo del esófago.

²⁸ NANDA, *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Ed. ELSEVIER, Madrid, 2005. p. 231-235

²⁹ NANDA, *Op. Cit.* p. 284

³⁰ LAWRENCE M; Tierner. *Diagnóstico clínico y tratamiento*, 38ª ed. Ed. Manual Moderno, México, 2003. p. 599

Según los cambios que se produzcan en este último, la acalasia puede dividirse en dos tipos: acalasia clásica, en la que aparecen contracciones de escasa amplitud, y acalasia enérgica, con contracciones de inicio simultáneo, de gran amplitud y repetitivas, que recuerdan a las observadas en el espasmo esofágico difuso³¹.

Anatomía patológica.

La anomalía subyacente es la pérdida de neuronas intramurales, en especial de las neuronas inhibitoras que contienen péptido intestinal vasoactivo y sintetasa de óxido nítrico, en la parte muscular lisa del cuerpo esofágico y el esfínter esofágico inferior. La acalasia idiopática primaria produce casi todos los casos estudiados en Estados Unidos. La acalasia secundaria puede deberse a un carcinoma gástrico que infiltre el esófago, un linfoma, la enfermedad de Chagas o un síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica neuropática. La hipertonía o hipercontracción del esfínter esofágico inferior puede considerarse como una variante de acalasia.

Signos y síntomas.

La acalasia afecta a pacientes de todas las edades y de ambos sexos; existe un aumento regular en la incidencia de la acalasia con la edad, no obstante puede observarse en individuos hasta de 25 años de edad. El examen físico no proporciona ayuda. Sus síntomas fundamentales son disfagia, dolor torácico y regurgitación. La primera aparece precozmente, tanto con sólidos como con líquidos, y empeora con la tensión emocional y las comidas rápidas además que pueden presentarse paulatinamente. Los síntomas en la presentación pueden haber persistido por meses a años. Varias maniobras destinadas a aumentar la presión esofágica, incluida la de Valsalva, ayudan a pasar el bolo alimenticio hacia el estomago. Después de comer se notan molestias subesternales o sensación de plenitud, muchos pacientes comen lentamente y adoptan maniobras específicas como elevación del cuello o retracción de los hombros hacia atrás con el propósito de favorecer el vaciamiento esofágico. El dolor torácico es más intenso en la acalasia enérgica que en la clásica. La regurgitación de alimentos no digeridos es común y puede presentarse durante las comidas o hasta

³¹ HARRISON, Principios de Medicina Interna, 15ª ed., Ed. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2002. vol. II p. 1806-1807

varias horas después. La regurgitación nocturna puede provocar tos o aspiración. Hasta 50% de los pacientes refieren dolor torácico subesternal que no tiene relación con las comidas o con el esfuerzo físico, y puede durar desde minutos hasta horas. La regurgitación y la aspiración pulmonar se deben a la retención de grandes volúmenes de saliva y alimentos ingeridos en el esófago. La presencia de reflujo gastroesofágico habla en contra de la existencia de acalasia, y en pacientes con pirosis de larga evolución, su desaparición, unida a la instauración de disfagia, sugiere que se ha desarrollado acalasia en un paciente con esofagitis por reflujo. La evolución global del proceso suele ser crónica, con disfagia progresiva y adelgazamiento o pérdida de peso a lo largo de los meses o años. La acalasia asociada a carcinoma se caracteriza por una profunda pérdida de peso y un rápido deterioro sin tratamiento.

Diagnóstico.

La radiografía de tórax revela la ausencia de la cámara gástrica y, a veces, una masa mediastínica tubular situada junto a la aorta. La presencia de un volumen hidroaéreo en el mediastino en posición erecta indica la falta de paso de alimento hacia el estómago y es muy característica. La papila de bario muestra dilatación esofágica y, en los casos avanzados, un esófago en S (sigmoide). En la radioscopia se observa una pérdida del peristaltismo normal en las dos terceras partes inferiores del esófago, mientras que en el extremo distal presenta un estrechamiento persistente en forma de pico de pájaro, correspondiente al esfínter inferior contraído. En los pacientes con acalasia energética aparecen a veces marcadas contracciones no peristálticas.

La manometría muestra un aumento de la presión basal del esfínter esofágico inferior y la relajación inducida por la deglución no se produce o presenta menor grado, duración y regularidad. El cuerpo del esófago muestra una elevada presión de reposo. Como respuesta a la deglución, las ondas peristálticas primarias se ven remplazadas por contracciones de comienzo simultáneo, que pueden ser de amplitud escasa (acalasia clásica) o grande y de duración prolongada (acalasia energética). La administración del agonista colinérgico muscarínico metacolina produce un notable aumento de la presión basal del esófago, dolor torácico y regurgitación del contenido esofágico retenido (prueba de la metacolina), y la administración de colecistocinina (CCC), que

normalmente causa un descenso de la presión del esfínter, en estos casos induce paradójicamente la contracción del mismo (prueba de la CCC). Esto ocurre porque en la acalasia no se produce el efecto inhibitor de la CCC transmitido por vía nerviosa debido a la pérdida de neuronas inhibitoras. La endoscopia sirve para descartar las causas secundarias de la acalasia, especialmente el carcinoma gástrico.

Las acciones de enfermería durante la etapa del diagnóstico dependerán del método utilizado; en el caso de utilizar medios de contraste como el bario, es necesario mantener al paciente bajo observación estrecha, ya que algunos pacientes suelen presentar reacciones de tipo anafiláctico al bario. Otra de las funciones es la de explicar los procedimientos que se van a realizar al paciente y en caso necesario se obtendrá el consentimiento informado.

Tratamiento.

En general, el tratamiento médico consiste en dieta blanda, sedantes, nitratos y anticolinérgicos, suele resultar insatisfactorio. La nitroglicerina, en una dosis de 0.3 a 0.6 mg por vía sublingual antes de las comidas y a demanda en caso de dolor torácico, suele ayudar. Para lograr un alivio más duradero de los síntomas se puede emplear el dinitrato de isosorbida, en dosis de 2.5. a 5 mg por vía sublingual o 10 a 20 mg vía oral antes de las comidas. Los nitratos se acompañan de cefalea e hipotensión postural. También es eficaz el nifedipino, un antagonista del calcio en dosis de 10 a 20 mg por vía oral o sublingual antes de las comidas. Se ha descrito que resulta eficaz la inyección endoscópica de toxina botulínica en el esfínter esofágico inferior; actúa bloqueando los nervios excitadores colinérgicos en el esfínter. Un tratamiento avalado por el tiempo es la dilatación con balón para reducir la presión del esfínter esofágico inferior mediante el desgarramiento de fibras musculares. En manos experimentadas, esta técnica resulta eficaz en alrededor del 85% de los pacientes; sus posibles complicaciones son la perforación y la hemorragia. La miotomía extramucosa de S  ller del esfínter inferior, que consiste en cortar la capa muscular circular, es igualmente eficaz. Tras un tratamiento satisfactorio puede haber esofagitis por reflujo y estenosis péptica (más frecuente con la miotomía

que con la dilatación con balón). También da resultado la miotomía laparoscópica del esfínter³².

Las principales intervenciones de enfermería durante el tratamiento es observar el comportamiento y respuesta del paciente durante este. De igual manera vigilara la aparición de reacciones adversas de los medicamentos prescritos. En el caso de una dilatación esofágica es necesario mantener al paciente bajo vigilancia estrecha debido a la posibilidad de hemorragia o a la perforación buscando signos de choque hipovolémico por sangrado interno o presencia de hematemesis.

Rehabilitación.

No existe una rehabilitación propiamente dicha, pero existen cuidados posteriores como el inicio de una dieta liquida a tolerancia que permita observar si el tratamiento ha funcionado hasta que el paciente tolere una dieta normal. La participación de enfermería consiste en la orientación higiénico dietética tanto al paciente como a la familia.

³² HARRISON, Op. Cit. vol. II p. 1807

5. METODOLOGÍA

5.1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de caso a un adulto mayor hospitalizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición “Salvador Zubiran” con un diagnóstico médico de acalasia, a quien se le solicitó consentimiento para dicho estudio.

5.2. SELECCIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La elección se realizó por ser un caso poco frecuente y que resulta de interés personal para dar atención al adulto mayor. La recolección de información se realizó a través del instrumento de las 14 necesidades por medio de la entrevista, el cual consta de:

- I. Ficha de identificación
- II. Antecedentes de enfermedades de la persona
- III. Valoración de necesidades
- IV. Anexos

También se llevó a cabo una documentación bibliográfica y por Internet. Para el análisis de la información se utilizó el Modelo de Virginia Henderson con la finalidad de realizar el proceso de atención de enfermería.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las normas jurídicas a las que nos sujetamos inicialmente son la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los Artículos 1° párrafo 3ro, Art. 4°, Art. 109 párrafo III; Ley General de Salud (1984) Artículos 1,2,3,23,77 bis1 y bis 4; y las que se deriven de ellas.

Así mismo en las normas morales, incluidas en la declaración de principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptada por la 18ª Asamblea Médica

Mundial (Helsinki Finlandia, 1964) y revisada por la 29 Asamblea Médica mundial (Tokio Japón, 1975), la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia Italia, 1983), la 41ª Asamblea Mundial, (Hong Kong, 1989), la 48ª Asamblea General, (Somerset West, Sudáfrica, 1996) y la 52ª , Asamblea General (Edimburgo, Escocia 2000), donde se declara que la investigación médica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.³³

La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población o persona, sobre la que se realiza la investigación pueda beneficiarse de sus resultados³⁴. La participación fue voluntaria e informada por parte de la persona; aclarando que aunque no se utilizaron procedimientos que pusieran en peligro su vida, se le pidió autorización para realizar el estudio de caso.

³³ Internet: <http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml>, Caracas, 2001.

³⁴ Internet: <http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml>. Carcas, 2001

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MTO femenino de 61 años de edad, 12 años de escolaridad, edo. civil soltera, católica, vive con su hermana. La casa es propia, de 2 pisos y cuenta con todos los servicios. Pensionada por parte del ISSSTE y recibe apoyo económico de sus hermanas. Refiere antecedentes familiares de Diabetes Mellitus (madre, finada hace 3 meses), Uricemia (padre, finado hace 13 años). No cuenta con esquema de vacunación propio para la edad. Antes de ser hospitalizada realizaba caminata intensa de 90 minutos. Se realizó prueba de CaCu hace 2 años con resultado negativo y examen de mamas hace 6 meses el cual resulto sin alteraciones. Con antecedente de cirugía de amigdalectomía en la infancia, apendicectomía hace 10 años. Presenta disfagia desde hace 1 año, con pérdida de peso de más de 10 kilos en un año.

Intolerancia a la vía oral desde hace una semana, presenta caries dental con aseo 2 veces al día, canalizada con solución mixta de 1000ml para 8 horas; orina 8 veces durante el día, por la noche no se levanta a miccionar pero llega a tener salida de orina ocasionalmente si espera para ir al baño, evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están bien formadas de color café. Sin alteración en marcha y balance, no se ha realizado densitometría; independiente en actividades de la vida diaria e instrumentales. Duerme un promedio de 8 horas diarias sin alteraciones. Su baño es cada tercer día. Utiliza lentes bifocales que mejoran su vista eficazmente.

Ingresa al servicio de urgencias el 12 de octubre del 2005 con diagnostico de Acalasia, presentando intolerancia a la vía oral, deshidratación, pérdida de peso de 2 kilos en menos de un mes; con una semana de evolución. Al momento de la valoración se observa orientada en tiempo y espacio con un Folstein 30/30, aparentemente tranquila. Signos vitales FC 80x', FR 20x', TA 100/70 mmHg, Temp. 36.4°C y llenado capilar de 2 segundos en MsPs., con un IMC de 16, con palidez de tegumentos, deambulando con tripie, con buen estado de animo, en ayuno, con una glucosa de 97 mg/dL, Hb 8.9 gr/dL, Hcto 26.7%, Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs, Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas. Refiere cansancio y debilidad para realizar actividad física, índice de Katz de B (a

expensas de pérdida involuntaria de orina ocasional), Lawton y Tinnetti sin alteraciones. Desconoce los medicamentos que le están aplicando. GDS 9/30. Presenta buena comunicación con su familia, capaz de mantener una conversación con cualquier persona.

VALORACIÓN FOCALIZADA

14 de noviembre 2005.

Alimentación e hidratación.

Al momento de la valoración se observa orientada en tiempo y espacio, con palidez de tegumentos, piel y mucosas semihidratadas, con sonda nasogástrica posterior a procedimiento quirúrgico de dilatación esofágica (11 de nov), tolerando alimentación con líquidos por SNG, canalizada con solución Mixta de 1000cc cada 12 horas, Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs, Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas, signos vitales FC 72x', FR 20x', TA 90/60 mmHg, Temp. 36°C y llenado capilar de 2 segundos. Tolera 500 ml por toma.

Movimiento y postura.

Postrada en cama por debilidad muscular pero con movilidad dentro de esta, incapaz de levantarse por si sola y caminar, se mantiene erguida al sentarla. Mantiene arcos de movilidad.

Eliminación.

Evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están semilíquidas y escasas.

21 de Noviembre 2005.

Alimentación e hidratación.

Al momento de valoración se observa orientada en tiempo y espacio, con ligera palidez de tegumentos, piel y mucosas hidratadas, con dieta hepercalórica e hiperproteica de 2500 cal, en papilla, repartida en 5 tomas, líquidos a libre demanda (ingiere 1500 ml de agua por día más los líquidos de los alimentos), tolerando la vía oral hasta este momento. Ranidina 150 mg VO cada 12 horas, Metoclopramida 10mg VO cada 8 horas.

Signos vitales FC 72x', FR 18x', TA 100/60 mmHg, Temp. 36.4°C y llenado capilar de 2 segundos. Sin sonda nasogástrica desde hace 3 días.

Movimiento y postura.

Capaz de levantarse sin apoyo y deambular dentro y fuera de la habitación. Se valora Tinetti resultando sin alteraciones y Katz independiente al mejorar control de esfínter.

Eliminación.

Evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están formadas de color café claro.

Se va de alta domiciliaria.

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.

1) Necesidad de Oxigenación

Manifestación de Independencia.

Presenta ventilación espontánea, Frecuencia cardiaca 80x', Frecuencia respiratoria de 20x', llenado capilar de 2 segundos.

Interacción de necesidades.

Alimentación, movimiento y postura

Diagnóstico de enfermería.

- Patrón respiratorio eficaz manifestado por frecuencia respiratoria 20x' y llenado capilar de 2 seg.

Objetivo General.

Mantener la oxigenación de la paciente

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Valorar las características y frecuencia respiratoria buscando signos de dificultad como cianosis peribucal y ungueal. Valoración diaria de los signos vitales Ejercicios respiratorio para evitar acumulo de secreciones y mantener la oxigenación (soplar en un popote sumergido en agua) cada 4 horas descansando por la noche	Se mantiene la oxigenación de la paciente dentro de parámetros normales FR 20x' y llenado capilar de 2 seg, sin datos de dificultad respiratoria, tampoco presenta acumulo de secreciones.

2) Necesidad de Alimentación e hidratación.

Manifestación de Dependencia.

Pérdida de peso de 10 kilos en menos de 1 año, en el último mes perdió 2 kilos. Intolerancia a la vía oral, se encuentra canalizada para mantener la hidratación con Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs, Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas. Peso 37 Kg. Talla 1.50m. IMC. 16.4. EMN Desnutrición (15 Puntos)

Interacción de necesidades.

Movimiento y postura.

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza, falta de voluntad.

Diagnóstico de enfermería.

- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con disfunción de los músculos para la deglución manifestado por intolerancia a la vía oral y pérdida de peso.

Objetivo General.

Mantener la hidratación de la paciente por intolerancia a sólidos y líquidos, así como evaluar la pérdida de peso

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Valorar la presencia o aparición de deshidratación Valorar la tolerancia de líquidos posterior a su ingesta Vigilar la aparición de náuseas y/o de vómito, así como cantidad y frecuencia Mantener a la paciente en semifowler para evitar broncoaspiración Valorar la aparición de sangre en caso de vómito que indique lesión del esófago y/o estómago	Se mantiene la hidratación de la paciente, sin embargo no tolera la vía oral. Con cifras de presión arterial no menores de 90/60 mmHg y FC mínima de 68x´

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Mantener una vía intravenosa (venoclisis) permanente para Ministración de líquidos y de medicamentos</p> <p>Monitorizar los signos vitales sobre todo la presión arterial y la frecuencia cardíaca buscando signos de choque hipovolémico por deshidratación</p> <p>Valorar 3 veces a la semana el peso de la paciente</p> <p>Se realizó registro y control de peso por la mañana llevando una curva, a la misma hora y con la misma báscula, con la vejiga vacía.</p> <p>Valorar la aparición de tos posterior a la ingesta de saliva o líquido.</p> <p>Registrar el tipo de tos, atragantamiento y la expulsión de líquido.</p> <p>Coordinarse con nutrición y el médico geriatra para buscar una alternativa de alimentación.</p> <p>Ministración de medicamentos en horario establecido de acuerdo con los 5 correctos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida. Vigilar la aparición de temblor en manos, piernas o pies; • Ranitidina. Vigilar la aparición de cambios de conducta en la paciente como la presencia de alucinaciones, falta de atención por periodos, vagancia e incoherencia; <p>en caso de presentar alguno de los signos o síntomas anteriores se suspende el medicamento y se avisa al geriatra.</p> <p>Se le enseña al familiar a detectar cualquiera de estas alteraciones, avisar si aparece alguno.</p>	<p>La paciente no perdió peso.</p> <p>El médico refiere que es necesario realizar su procedimiento quirúrgico cuanto antes para poder iniciar la vía oral por lo que es programada para cirugía el 11 de noviembre, manteniéndose en ayuno. No se observa la aparición de reacciones adversas a los medicamentos administrados</p>

3) Necesidad de Eliminación.

Manifestación de Dependencia.

Salida de orina ocasionalmente si espera para ir al baño.

Evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están bien formadas de color café.

Interacción de necesidades.

Alimentación e hidratación

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza.

Diagnóstico de enfermería.

- Incontinencia urinaria de urgencia relacionada con debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales manifestado por salida involuntaria de orina.

Objetivo General.

Evitar los episodios de incontinencia y establecer una rutina vesical

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se realiza diario miccional para conocer la frecuencia de vaciado vesical Ayudar a la paciente a identificar los músculos que participan en la micción a través de reducción de chorro solo por una vez Realizar ejercicios de Kegel 5 veces al día (Ver anexo 2) Se procura llevar cada 3 horas al baño o en su caso se le coloca el cómodo y se involucra al familiar en esta actividad indicando la importancia de llevarla en el tiempo establecido	Con el diario miccional se observa la conducta de orinar cada 4 horas. La paciente logro contener la orina sin presentar incontinencia.

<p>Se le pide a la paciente que informe de la necesidad de orinar al momento de presentar la sensación</p> <p>Se mantiene la piel limpia, seca y lubricada</p>	
--	--

Diagnóstico de enfermería.

- Estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregulares manifestado por evacuar 3 veces a la semana

Objetivo General.

Evitar el estreñimiento e Implementar el hábito de eliminación intestinal diario

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Instruir al paciente sobre la necesidad de adquirir un hábito diario para la eliminación intestinal.</p> <p>Indicar al paciente que no debe evitar la urgencia para defecar.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer un horario para la eliminación (5 a 10 minutos todas las mañanas después de una bebida caliente para intentar tener un movimiento intestinal), en este caso se mantenía en ayuno</p> <p>Valorar regularmente los ruidos intestinales</p> <p>Aumentar la actividad física.</p> <p>Vigilar la aparición de distensión abdominal</p> <p>Se realiza masaje marco retrocólico en dirección a las manecillas del reloj (una vez al día), también se le enseña al familiar como realizar el masaje (lo hace 2 veces al día a la paciente).</p>	<p>La paciente no logro un patrón diario de evacuación.</p>

4) Necesidad de Movimiento y postura.

Manifestación de Independencia.

Escala de Tinetti sin alteraciones. Capaz de moverse por sí misma dentro y fuera de la cama

Manifestación de Dependencia.

KATZ de B (a expensa de incontinencia ocasional de urgencia), Refiere cansancio y debilidad para realizar actividad física.

Interacción de necesidades.

Eliminación, Alimentación e hidratación, Aprendizaje

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza.

Diagnóstico de enfermería.

- Intolerancia a la actividad física relacionada con debilidad generalizada manifestada por cansancio para la deambulación.

Objetivo General.

Mantener la movilidad

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se realiza la valoración de los arcos de movilidad Valorar la tolerancia a la actividad mediante la evaluación de la frecuencia cardiaca y la respiración así como las manifestaciones de fatiga y debilidad Se realiza un plan de ejercicios pasivos y activos adecuado a la capacidad y edad de la persona con movimientos de flexión, extensión, rotación, aducción y abducción; conjuntamente con el	Los arcos de movilidad se encuentran intactos, los ejercicios ayudaron a mantener la movilidad y no presenta dolor durante la ejecución de los mismos.

<p>fisioterapeuta (Ver anexo 3) y realiza repetición de forma independiente</p> <p>Ayudar a la paciente a realizar los ejercicios en la cama 2 veces y se involucra al familiar para que le apoye en esta actividad 1 vez más</p> <p>Se enseña la mecánica corporal a la paciente y al familiar para evitar lesiones</p> <p>Se aconseja a la paciente a mantener una buena postura y alineación mientras permanece en cama</p> <p>Valorar la aparición de dolor durante los ejercicios</p> <p>Se informan de los riesgos relacionados por la inactividad física</p> <p>Se mantiene la piel hidratada, se lubrica con crema 2 veces al día</p> <p>Participar en la movilización de cama 2 horas y de reposet cada hora.</p> <p>Animar a la paciente a deambular alrededor de su cama y posteriormente dentro de la habitación 2 veces como mínimo. La paciente salía al pasillo a caminar y también se levantaba al baño unas 3 veces al día.</p>	
--	--

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de caídas relacionado con uso de tripie y disminución de la fuerza muscular.

Objetivo General.

Evitar las caídas y sus complicaciones

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Estimular al paciente a realizar actividades o ejercicios que mejoren la fuerza muscular y el equilibrio</p> <p>Aconsejar al paciente el uso de calzado con suela antiderrapante (pantufla de bota con suela antiderrapante)</p> <p>Se sugiere al paciente caminar con un familiar o cuidador mientras se encuentre utilizando el triple al deambular</p> <p>Acondicionar la habitación del paciente para evitar objetos que puedan ocasionar caídas. Se coloco la escalerilla debajo de la cama cuando deambula, se retiran cables que atravesaban la habitación. Se busca tripie que rodara sin dificultad.</p> <p>Se aconseja a la paciente a mantener una posición erguida al deambular</p> <p>Evitar el uso de batas largas. Se buscan batas pequeñas para la paciente.</p> <p>Se indica al familiar mantener una luz encendida durante la noche para favorecer la visión nocturna y acompañarle a caminar o al baño.</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria no sufrió caídas</p>

5) Necesidad de Descanso y sueño.

Manifestación de Independencia.

Duerme un promedio de 8 hrs. diarias, el sueño es reparador, sin alteraciones.

Interacción de necesidades.

Movimiento y postura.

Diagnóstico de enfermería.

- Patrón de sueño reparador manifestado por referir verbalmente la paciente descanso y sueño continuo de 8 horas.

Objetivo General.

Fomentar y mantener el descanso y sueño reparador de la paciente

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Valorar la presencia de signos de cansancio como irritabilidad. Evitar cualquier tipo de barrera para conciliar el sueño como el ruido, entrar y salir constantemente en la habitación durante las horas de descanso, se Ministran medicamentos fuera de la hora de descanso.	El sueño continua siendo reparador y continuo

6) Necesidad de vestir

Manifestación de Independencia.

Es apta al vestirse y desvestirse por si sola además de saber seleccionar el tipo de ropa según los cambios climáticos.

Interacción de necesidades.

Movimiento y postura.

Diagnóstico de enfermería.

- Mantenimiento pleno de la capacidad de vestirse relacionado con aptitud al realizar la actividad.

Objetivo General.

Mantener la actividad de forma independiente

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Verificar que la paciente utilice ropa de acuerdo al clima. Se habla con el médico para permitirle usar una bata gruesa debido a que hacia frío por la noche Verificar que se coloque la ropa de forma adecuada.	Se mantiene la capacidad de vestirse y desvestirse durante su estancia hospitalaria. Le permiten el uso de ropa como la bata para mantener la temperatura.

7) Necesidad de Termorregulación

Manifestación de Independencia.

Temperatura axilar de 36.5°C.

Interacción de necesidades.

Vestir

Diagnóstico de enfermería.

- Termorregulación eficaz manifestada por presentar parámetros normales de temperatura

Objetivo General.

Mantener la temperatura dentro de parámetros normales.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se verifica la coloración de las extremidades que indiquen hipotermia (cianosis distal, llenado capilar de 4 o más segundos) Se mide y registrar diariamente la temperatura corporal Se verificar el uso adecuado de ropa según las necesidades climáticas (se logra que le permitan usar un camión de franela para mantener la temperatura)	Se mantiene la temperatura dentro de límites normales. No presenta signos de hipotermia

8) Necesidad de Higiene y protección de la piel

Manifestación de Independencia.

Es capaz de realizar su aseo (baño y cepillado dental) por si sola. Piel integra y lubricada.

Manifestaciones de Dependencia

La piel se encuentra deshidratada Higiene dental 2 veces al día, presencia de caries dental y pérdida de molares inferiores. Con inserción de catéter endovenoso.

Interacción de necesidades.

Alimentación e hidratación, movimiento y postura

Fuentes de dificultad.

Falta de voluntad y de conocimiento.

Diagnóstico de enfermería.

- Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por la presencia de caries y pérdida de piezas dentales.

Objetivo General.

La paciente realizará higiene dental correcta

Concientizar a la paciente sobre la necesidad de realizarse revisiones dentales periódicas

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Solicitar consulta con odontólogo para valorar el daño a las piezas dentales y que sea corregido Se enseñar la técnica de cepillado con repetición por parte de la paciente así como el uso de hilo dental (Ver anexo 4) Verificar la técnica de cepillado dental y el uso de hilo dental Verificar el aseo bucal tres veces al día como mínimo.	No se logra la consulta con el especialista. Se mantiene la higiene bucal de la paciente con una técnica adecuada La paciente mejoro su técnica de cepillado

<p>Proporcionar información relacionada con la técnica de cepillado y el uso del hilo dental</p> <p>Se verificar que la paciente realice aseo dental tres veces al día.</p> <p>Dar a conocer a la paciente las causas de caries dental y las medidas preventivas o curarlas</p> <p>Se utilizó pastillas reveladoras que le permitieron a la paciente ver la placa dentobacteriana para mejorar el cepillado en esas zonas.</p>	
--	--

Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de infección relacionado con inserción de catéter endovenoso y extremos de la edad

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Garantizar el manejo aséptico al realizar el procedimiento en la línea endovenosa</p> <p>Reducir al máximo los microorganismos endógenos mediante el lavado de manos frecuente y limpieza cuidadosa</p> <p>Vigilar cambios de coloración en el sitio de la punción, así como la presencia de signos de infección (enrojecimiento, eritema, material purulento)</p> <p>Valorar la aparición de edema.</p> <p>Mantener seco y limpio el sitio de punción.</p> <p>Indagar con la paciente la presencia de dolor en el sitio de punción.</p> <p>Mantener perfectamente fijo el catéter.</p> <p>Colocar fecha y hora de la punción así como calibre del catéter.</p> <p>Cambio de cateter según las normas hospitalarias</p>	<p>Se mantiene sin daño a los tejidos. Se cambia el sitio de punción a las 72 horas, pero no presenta datos de edema o de lesión en piel.</p>

9) Necesidad de Evitar peligros.

Manifestación de Independencia.

Se ha realizado examen de cáncer cervico uterino y mamario.

Utiliza lentes bifocales que mejoran su vista eficazmente.

Manifestación de Dependencia.

No cuenta con esquema de vacunación de acuerdo para la edad.

Interacción de necesidades.

Aprendizaje

Fuentes de dificultad.

Falta de conocimiento

Diagnóstico de enfermería.

- Conocimientos deficientes de prevención de enfermedades relacionado con desconocimiento manifestado por ausencia de esquema de vacunación

Objetivo General.

Aplicación del esquema de vacunación en el adulto mayor

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se brinda orientación respecto a las vacunas correspondientes a la edad y las enfermedades que se previenen. Antitetánica 1ª dosis día 0, a los 2 meses 2ª dosis, al año 3ª dosis. Puede causar dolor en la zona de aplicación, fiebre y malestar general. Anti-influenza una dosis anual. Aplicación de vacuna antitetánica y anti-influenza Vigilar la aparición de reacciones secundarias a la aplicación del biológico	La paciente acepta la aplicación de biológicos. 13 noviembre 2005.

10) Necesidad de Comunicación

Manifestación de Independencia.

Presenta buena comunicación con su familia observable en familiograma, capaz de mantener una conversación con cualquier persona. GDS 9/30, Folstein 30/30.

Diagnóstico de enfermería.

- Patrón de comunicación satisfactorio para las necesidades y objetivos vitales de la persona relacionadas con capacidades mentales funcionales.

Objetivo General.

Mantener comunicación activa con la paciente para coadyuvar con su restablecimiento

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Mantener una atmósfera positiva que facilite la comunicación. Escuchar al paciente cuando así lo solicite brindándole un tiempo adecuado. Evitar hablar a gritos y lenguaje infantil. Evitar el uso de lenguaje técnico al brindarle información. Se facilita un ambiente privado para permitirle hablar con su familiar (hermana)	La paciente mantiene una adecuada comunicación tanto familiar como con el personal del hospital.

11) Vivir según sus creencias y valores

Manifestación de Independencia.

Comunica la relación personal con espiritual, demuestra la necesidad de oraciones, meditación y objetos religiosos. Es capaz de dar sentido a su vida desde sus valores y creencias.

Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de deterioro de la Religiosidad relacionado con la enfermedad

Objetivo General.

La paciente continuará expresando su confianza en el campo espiritual.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Identificar las practicas habituales sobre su religión y efectuar los arreglos necesarios para que pueda practicar sus rituales (siempre y cuando no atenten en contra de su vida o las reglas hospitalarias) Es su costumbre asistir los domingos a misa. Mantenerse alerta ante las expresiones de la paciente acerca de su percepción del papel que su religión juega. Permitir al paciente el uso de objetos religiosos que ella aprecie o desee.	La paciente se encuentra tranquila y en contacto con su fe. En el hospital existen voluntarios que asistieron a orar con la paciente.

12) Trabajo y realización

Manifestación de Dependencia.

Le resulta difícil cubrir sus gastos. No cuenta con vales de despensa.

Interacción de necesidades.

Comunicación

Fuentes de dificultad.

Falta de conocimiento.

Diagnóstico de enfermería.

- Desempeño inefectivo del rol de jubilación relacionada con preparación inadecuada manifestado verbalmente por referir dificultad para cubrir sus gastos

Objetivo General.

Mantener informada a la paciente sobre los diversos programas gubernamentales que coadyuven con su aceptación de rol y su economía

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se explica el proceso normal de envejecimiento permitiendo que la paciente exprese sus sentimientos. Ayudar a que la paciente reconozca las pérdidas y cambios que ha tenido. Se le anima a continuar con actividades recreativas que tenía antes de su enfermedad y que puede volver a realizar como la caminata intensa que realizaba antes de ser hospitalizada	La paciente se encuentra informada de lo que necesita y esta de acuerdo con ello.

13) Necesidad de actividades recreativas

Manifestación de Independencia.

Desea participar en actividades recreativas en este momento. Estando en su domicilio la paciente realizaba caminata intensa de 90 minutos

Manifestación de Dependencia.

Falta de actividades recreativas por entorno hospitalario.

Fuentes de dificultad.

Falta de conocimiento.

Diagnóstico de enfermería.

- Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades por la hospitalización manifestado por referir períodos largos de inactividad.

Objetivo General.

Brindar actividades recreativas dentro del área hospitalaria.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se investiga que actividades son de su agrado indicando que la lectura es una de sus actividades favoritas Se consensa con la paciente si desea que se le traigan rompecabezas, obteniéndose una respuesta afirmativa y solicita si es posible libros Se le brindan actividades recreativas como son juegos lúdicos (armado de 2 rompecabezas de 250 piezas) y lectura comentada (se consiguen 2 libros los cuales se le llevan para leer de acuerdo con la lectura de su agrado, novela).	La paciente se muestra participativa refiriendo sentirse bien con la lectura y con los rompecabezas.

14) Necesidad de Aprendizaje.

Manifestación de Independencia.

Desea saber sobre el tratamiento médico que esta recibiendo para poder colaborar a mejorar su salud.

Interacción de necesidades.

Comunicación, evitar peligros

Fuentes de dificultad.

Falta de conocimiento.

Diagnóstico de enfermería.

- Disposición para mejorar los conocimientos respecto al régimen terapéutico.

Objetivo General.

Mantener informada a la paciente sobre su tratamiento para mejorar su apego.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Ayudarla a identificar lo que desea saber Se realiza un programa pequeño de enseñanza con los temas que refiere desea conocer: <ul style="list-style-type: none">- Acalasia. Que es, Diagnóstico y Tratamiento.- Aplicación de vacunas- Técnicas de cepillado dental- Reacciones secundarias de los medicamentos que se le están aplicando- Intervenciones de enfermería como la instalación de medios invasivos, realización de ejercicios, aplicación de medicamentos.	La paciente se encuentra informada y conciente del tratamiento que necesita y esta de acuerdo con ello.

<p>Se aplica en un lugar tranquilo sin distractores abarcando solo 3 a 5 puntos por sesión</p> <p>Se incluye al familiar durante la explicación de la información</p> <p>Se evalúa la comprensión de la información a través de preguntas verbales</p> <p>Se resolvieron dudas acerca del tratamiento que recibirá (dilatación neumática)</p> <p>Se indica al familiar las posibles reacciones secundarias de los medicamentos, el tratamiento (dilatación neumática) así como sus posibles complicaciones (perforación, hemorragia, sepsis)</p> <p>Integrar a la paciente en las decisiones de su tratamiento previa explicación</p> <p>Se destaco y reforzó la responsabilidad de la paciente en el mantenimiento y/o recuperación de la salud</p>	
--	--

VALORACIÓN FOCALIZADA

14 de noviembre 2005.

Necesidad de Alimentación e hidratación.

Manifestación de Dependencia.

Con sonda nasogástrica para alimentación asistida, con dieta líquida en 5 tomas, tolera 500 ml por toma, se encuentra piel y mucosas semihidratadas, FC 72x', FR 20x', TA 90/60 mmHg, Temp. 36°C y llenado capilar de 2 segundos. Peso 37 Kg. Talla 1.50m IMC 16.4

Interacción de necesidades.

Movimiento y postura.

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza, falta de voluntad.

Diagnóstico de enfermería.

- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con disfunción de los músculos para la deglución manifestado por intolerancia a la vía oral, pérdida de peso.

Objetivo General.

Mantener la hidratación y mantener o aumentar el peso de la paciente

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Cuidados a SNG Lavarse las manos antes del procedimiento de la alimentación. Preparar material y formula Se indica a la paciente el procedimiento y se auscultan los ruidos intestinales Se coloca a la paciente en posición de Fowler Se verifica la colocación correcta de la sonda Se inicia la alimentación	Posterior a la colocación de la SNG la paciente tolera la dieta líquida 500 ml por toma. La sonda se mantuvo en condiciones optimas sin causar lesiones a la mucosa.

La ministración deberá ser lenta y pausada vigilando la aparición de disnea, nauseas o vómito

Registrar la cantidad ministrada al finalizar.

Se cambiará la posición de la sonda diariamente, con el fin de evitar decúbitos. Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola un centímetro.

Con el mismo fin, se cambiará diariamente la fijación, variando igualmente la zona de fijación.

Se limpiarán los orificios nasales y luego se les aplicará un lubricante hidrosoluble.

Se llevará a cabo la higiene de la boca diariamente, manteniendo los labios hidratados.

Se mantendrá a la paciente en posición de Fowler en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.

Antes de dar la alimentación, cuantificar residuo gástrico y registrar.

La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente de si es administrado en bolo (jeringa), por declive o en bomba de infusión.

Después de la administración de cada alimentación o medicación, hacer irrigaciones de la sonda con agua, para evitar cualquier posible bloqueo del tubo.

Necesidad de Eliminación.

Manifestación de Dependencia.

Evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están semilíquidas y escasas.

Interacción de necesidades.

Alimentación e hidratación

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza.

Diagnóstico de enfermería.

- Estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregulares manifestado por dificultad para evacuar

Objetivo General.

Evitar el estreñimiento e Implementar el hábito de eliminación intestinal diario

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Se insiste a la paciente que no debe evitar la urgencia para defecar.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer un horario para la eliminación (5 a 10 minutos todas las mañanas después de una bebida caliente para intentar tener un movimiento intestinal), en este caso después de la alimentación por SNG</p> <p>Se realiza masaje marco retrocólico en dirección a las manecillas del reloj (una vez al día), también se le enseña al familiar como realizar el masaje (lo hace 2 veces al día a la paciente), de 30 a 45 minutos posteriores a la ingesta de dieta durante 5 minutos</p> <p>Valorar regularmente los ruidos intestinales</p> <p>Aumentar la actividad física.</p> <p>Vigilar la aparición de distensión abdominal</p>	<p>La paciente no logro un patrón diario de evacuación.</p> <p>No presenta distensión abdominal, pero las heces son escasas y semilíquidas.</p>

Necesidad de Movimiento y postura.

Manifestación de Dependencia.

Debilidad para realizar actividad física posterior al egreso de procedimiento quirúrgico.

Fuentes de dificultad.

Falta de fuerza.

Diagnóstico de enfermería.

- Intolerancia a la actividad física relacionada con debilidad generalizada manifestada por cansancio para la deambulación.

Objetivo General.

Mantener la movilidad

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Se realiza la valoración de los arcos de movilidad Al valorar la tolerancia a la actividad física se encuentra débil y fatigada Se continua con plan de ejercicios pasivos y activos a tolerancia Ayudar a la paciente a realizar los ejercicios en la cama 3 veces con el familiar supervisando la actividad Se aconseja a la paciente a mantener una buena postura y alineación mientras permanece en cama Valorar la aparición de dolor durante los ejercicios Se informar de los riesgos relacionados por la inactividad física	Los arcos de movilidad se encuentran intactos, los ejercicios ayudaron a mantener la movilidad, no presenta dolor durante la ejecución de los mismos. Logra deambular alrededor de la cama.

Se mantiene la piel hidratada, se lubrica con crema 2 veces al día Participar en la movilización de la cama a reposet y viceversa con la paciente cada 3 horas Animar a la paciente a deambular alrededor de su cama 1 vez como mínimo	
--	--

2ª VALORACIÓN FOCALIZADA

21 de Noviembre 2005.

Necesidad de Alimentación e hidratación.

Manifestación de Independencia.

Piel y mucosas hidratadas, con dieta hipercalórica e hiperproteica de 2500 cal, en papilla, repartida en 5 tomas, líquidos a libre demanda (ingere 1500 ml de agua por día más los líquidos de los alimentos), tolerando la vía oral hasta este momento. Ranidina 150 mg VO cada 12 horas, Metoclopramida 10mg VO cada 8 horas. Signos vitales FC 72x', FR 18x', TA 100/60 mmHg, Temp. 36.4°C y llenado capilar de 2 segundos. Sin sonda nasogástrica desde hace 3 días.

Manifestación de Dependencia.

Peso 38 Kg. Talla 1.50m. IMC. 16.8

Interacción de necesidades.

Movimiento y postura.

Diagnóstico de enfermería.

- Disposición para mejorar la nutrición manifestado por aporte adecuado de alimentos y líquidos.

Objetivo General.

Mantener o aumentar el peso de la paciente.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Se le informa a la paciente que debe consumir todos los alimentos, indicando que posteriormente se iniciara con alimentos en picados finos.</p> <p>Se coloca a la paciente en posición de Fowler</p> <p>La alimentación deberá ser lenta y pausada vigilando la aparición de nauseas, vómito, tos dificultad para deglutir.</p> <p>Registrar la cantidad de alimentos ingeridos al finalizar.</p> <p>Se mantendrá a la paciente en posición de Fowler en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.</p> <p>Se fomenta la ingestión de agua 100ml más por día</p>	<p>La paciente gano 1 kilo de peso. Tolerando la alimentación.</p>

Necesidad de Movimiento y postura.

Manifestación de Independencia.

Escala de Tinetti sin alteraciones. Capaz de moverse por sí misma dentro y fuera de la cama. Refiere poco cansancio y tolerando actividad física.

Interacción de necesidades.

Alimentación e hidratación

Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de intolerancia a la actividad física relacionada con historia de intolerancia previa.

Objetivo General.

Mantener la movilidad

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Se continúa con plan de ejercicios pasando de pasivos a activos adecuado a la capacidad y edad de la persona con movimientos de flexión, extensión, rotación, aducción y abducción; conjuntamente con el fisioterapeuta</p> <p>Supervisar a la paciente al realizar los ejercicios 2 veces y el familiar apoya en esta actividad 1 vez más</p> <p>Valorar la aparición de dolor durante los ejercicios</p> <p>Se mantiene la piel hidratada, se lubrica con crema 2 veces al día</p> <p>La paciente realiza por si sola movilización de la cama a reposit y viceversa cada 2 horas</p> <p>Animar a la paciente a deambular dentro de la habitación 2 veces como mínimo y salir al pasillo a caminar, camina sola al baño.</p>	<p>Los ejercicios ayudaron a mantener la movilidad, se mejora la fuerza y aumenta la actividad física. Tolera deambular en los pasillos sin ayuda ni apoyo.</p>

Necesidad de Eliminación.

Manifestación de Dependencia.

Evacua 3 veces a la semana con esfuerzo, las heces están semilíquidas y escasas.

Interacción de necesidades.

Alimentación e hidratación

Diagnóstico de enfermería.

- Estreñimiento relacionado con hábitos de defecación irregulares manifestado por dificultad para evacuar

Objetivo General.

Evitar el impactación fecal e Implementar el hábito de eliminación intestinal diario

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Se insiste a la paciente que no debe evitar la urgencia para defecar.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer un horario para la eliminación (5 a 10 minutos todas las mañanas después de una bebida caliente para intentar tener un movimiento intestinal)</p> <p>Se realiza masaje abdominal en dirección a las manecillas del reloj (una vez al día), también se le enseña al familiar como realizar el masaje (lo hace 2 veces al día a la paciente), de 30 a 45 minutos posteriores a la ingesta de dieta durante 5 minutos</p> <p>Valorar regularmente los ruidos intestinales</p> <p>Aumentar la actividad física.</p> <p>Vigilar la aparición de distensión abdominal.</p>	<p>La paciente no logro un patrón diario de evacuación.</p> <p>No presenta distensión abdominal, pero las heces formada de color café claro.</p>

EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

Realice una valoración generalizada de la cual se desprendieron 2 focalizadas, cada una de ellas con sus respectivos diagnósticos enfermeros, objetivos, intervenciones y evaluación.

De manera sistemática se aplicó el proceso de atención de enfermería bajo el Modelo de Virginia Henderson obteniendo resultados positivos y satisfactorios que se observan en la recuperación de la independencia de la persona.

Desde el ingreso de la persona a la unidad hospitalaria se brinda orientación relacionada con el padecimiento, causa del ingreso a la institución. Se orienta sobre el tipo de tratamiento que se le realiza, así como las posibles opciones que se presentaron; también se brinda orientación higiénico dietética así como ejercicios para fortalecer los músculos en general. De igual forma se dio información a la familia respecto a los cuidados posteriores a su alta, que contribuyan a su recuperación mediante las acciones específicas, según la valoración de las 14 necesidades .

La necesidad de eliminación no fue posible mejorarla ya que la persona tiene ese hábito desde muy joven por lo que resulta difícil modificarlo, sin embargo se espera que mejore con las indicaciones dietéticas que se le dieron para realizar en su domicilio.

En la necesidad de movilidad y postura se logra recuperar la independencia pero esto tiene una gran relación con la alimentación, ya que en cuanto se inició la vía oral la paciente comenzó a mejorar.

8. PLAN DE ALTA

Según la valoración de las 14 necesidades así como la valoración focalizada se realizó el siguiente plan de cuidados específicos domiciliarios con el fin de mejorar su salud y recobrar su independencia.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

- Dieta de 2500 Kcal en 24 horas dividida en quintos (5 tomas). Desayuno, colación, comida, colación y cena, favoreciendo con ello una mejor tolerancia y digestión de los alimentos.
- La dieta deberá ser en papilla, posteriormente en picados finos hasta lograr la tolerancia.
- Los alimentos deben estar libres de irritantes como el picante, condimentos, refrescos, café o té.
- La ingesta de alimentos debe realizarse completamente sentado para facilitar la deglución y acompañada.
- Continuar con la ingesta de 2 litros de agua diarios. Puede beber jugo de frutas y verduras naturales como jitomate, guayaba, zanahoria y mango.
- No dormir posterior a la ingesta de alimentos.
- En caso de presentar vómito y náuseas posterior a la ingesta de alimentos asistir al servicio de urgencias.
- Deberá consumir cereales de grano integro como avena, arroz, granola, salvado, pan integral. Legumbres: lentejas y garbanzo. Vegetales con cáscara como papa, zanahoria, calabaza, coliflor. Frutas como higos, ciruela pasa, guayaba, mango,

papaya, pera y manzana con cáscara. Estos alimentos deben consumirse de manera gradual de lo contrario pueden ocasionar estreñimiento.

MEDICAMENTOS

- Deben ser administrados según la prescripción médica.
- No autoadministrarse ningún fármaco o remedio casero hasta consultarlo con su médico.
- Metoclopramida. Se toma media hora antes de los alimentos. Vigilar la aparición de temblor en manos, piernas o pies; en ese caso, acudir inmediatamente con el médico geriatra.
- Ranitidina. Vigilar la aparición de cambios de conducta en la paciente como la presencia de alucinaciones, falta de atención por periodos, vagancia e incoherencia; en caso de presentar alguno de estos signos, suspender el medicamento y acudir con el médico.
- Observar la aparición de vómito con o sin sangre, náuseas, fiebre o baja temperatura, estado de conciencia, cambios en el patrón del sueño (normalmente despierto durante el día y dormido por la noche). En caso de presentar alguno de estos signos o síntomas, acudir inmediatamente al instituto.

MOVIMIENTO Y POSTURA.

- Continuar con la rutina de ejercicios establecida durante la hospitalización de forma activa, posteriormente podrá iniciar con la caminata según la tolerancia al ejercicio.
- No realizar ejercicio posterior a la ingesta de alimentos (hasta 2 horas después).
- No realizar abdominales para evitar el aumento de la presión gástrica.

- Realizar caminata para fortalecer las extremidades pélvicas, inicialmente por 10 minutos durante una semana, posteriormente se aumentan 10 minutos cada semana hasta lograr una hora diaria.

ELIMINACIÓN

- Se aconseja evitar consumir grandes cantidades de líquidos antes de las comidas (para evitar la urgencia durante la toma de alimentos) y antes de dormir (para evitar que se levante por la noche)
- Se aconseja ir al baño 1 hora después de ingerir líquidos y alimentos para evitar incontinencia de urgencia
- Continuar con los ejercicios de piso pélvico
- Consumir fibra como se indico en alimentación para aumentar el número de veces de evacuación
- Realizar masaje marco retrocólico en dirección a las manecillas del reloj (3 veces al día) de 30 a 45 minutos posteriores a la ingesta de dieta durante 5 minutos
- Aumentar la actividad física.
- Vigilar la aparición de distensión abdominal (vientre inflamado) y dolor.
- Tomar una bebida caliente por la mañana e ir al baño de 5 a 10 minutos después para intentar evacuar
- Vigilar el color de las heces, buscando sangre digerida como pozos de café.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Asistir al medico odontólogo para valorar el daño a las piezas dentales y sea corregido.

VESTIDO

- Utilizar ropa holgada y ligera, de acuerdo a los cambios climáticos.
- No usar ropa ajustada en la cintura ya que obstruye la adecuada digestión y el tránsito de los alimentos.
- Utilizar ropa que le facilite desvestirse al asistir al baño

10. CONCLUSIONES

En cuanto a la utilización de un Modelo de Atención de Enfermería como lo es el de las 14 necesidades, permite que el especialista centre sus actividades en áreas mucho más específicas, logrando con ello resultados más rápidos y precisos. Presenta una ventaja enorme al ser aplicable a cualquier grupo de edad y en cualquier momento del tiempo. Otra ventaja es la adaptabilidad del modelo al Proceso de Atención de Enfermería. Es factible de llevarlo como patrón metodológico en la Especialidad de Enfermería del Anciano.

Con respecto al uso de la nomenclatura de NANDA para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, resultan de gran utilidad, puesto que es un lenguaje universalmente más utilizado, no con ello se debe devaluar la elaboración de los diagnósticos sin la utilización de la NANDA. Sin embargo encontré una gran dificultad para realizar diagnósticos de beneficio con esta nomenclatura ya que estas etiquetas son muy escasas y se convierte en una limitante; por ello tuve que utilizar el formato PES, el cuál permite una mayor diversidad de pensamiento y manejo de los diagnósticos enfermeros.

En relación con la paciente durante la estancia hospitalaria mantuvo sus capacidades debido a las acciones de enfermería y pasa de la dependencia a independencia en Katz (no presenta eventos de incontinencia), Lawton (al poder movilizarse por si sola para poder realizar sus actividades). Con motivo de la información que se le brindo, disminuyo su nivel de ansiedad mejorando con ello el apego al tratamiento así como el consentimiento para el procedimiento quirúrgico al cual se sometió. En relación con la pérdida de peso logro ganar 2 kilos hasta el momento de ser dada de alta del hospital. También se logro mejorar el patrón de higiene dental.

La elaboración de este estudio de caso permitió la conjunción de la teoría con la práctica, favoreciendo la interrelación del enfoque teórico-metodológico y el sustento científico de la práctica del cuidado.

Finalmente el cuidado de Enfermería no está aislado de los demás integrantes del equipo de salud, por lo que no debo pasar por alto las notas y observaciones del personal médico, de laboratorio y las impresiones diagnósticas que dan los radiólogos o técnicos dedicados a estudios de gabinete

11. SUGERENCIAS

el personal de enfermería debe empezar a plasmar sus conocimientos e impresiones sobre el estado de salud de un individuo, a través de una estructura uniforme para todo el gremio y una buena elección para ello es el formato PES sin dejar de lado NANDA.

Los conceptos manejados en los estudios de caso, son los necesarios para que el especialista en enfermería planee y aplique una atención lo más completa e individualizada para cada individuo.

Es importante continuar con la elaboración de estudios de caso durante la formación del especialista, pero más aún el aplicarlos durante el ejercicio profesional, ya que continua el desfasamiento en esa área.

En el caso de la especialidad en enfermería del anciano existe poca difusión por lo que hay pocos alumnos y como consecuencia de ello aparecen un sinnúmero de charlatanes que se dicen especialistas en el área de geriatría sin tener conocimiento alguno.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería guía práctica, Ed. Doyma, 2da ed. Madrid,1992, 350 pp.
2. Antología. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Talleres de grupo imagen empresarial. México 2004, 750pp.
3. BABB, Pamela. Manual de Enfermería gerontológico, Ed. Interamericana, México 1992, 465 pp.
4. BEARE Y MAYERS. Enfermería. Principios y practica. Ed. Medica Panamericana, España 1993, 1200 pp.
5. BUSQUETS, M Ejercicio profesional, responsabilidad ética y legal Enfermería clínica Ed. Mc.Graw Hill México 1997, 250 pp
6. CARNEVALI, D. L, Tratado de geriatría y gerontología , Ed. Interamericana, 2a ed. México 1992, 900 pp.
7. CARPPENITO, Linda. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. Ed. Mc.Graw Hill. 9a ed. 2002, 300pp
8. CASTILLO JIMENEZ, Ma. Ángeles. Estudio de caso aplicado a un paciente con insuficiencia respiratoria, utilizando la filosofía de Virginia Henderson. ENEO UNAM, México, 2005, 125pp.
9. CECIL M, Tratado de Medicina interna Ed. Interamericana, 6 ed. Madrir, 2000, 3000 pp.
10. CERVANTES VALENZUELA, Margarita. Estudio de caso. Atención de enfermería auna persona anciana con alteración en la necesidad de eliminación por falta de fuerza y conocimiento, aplicando el Modelo de Virginia Henderson. ENEO UNAM, México 2007, 154pp
11. DAVIS, A Las dimensiones éticas del cuidar de Enfermería. Enfermería clínica Ed. Mc.Graw Hill, México 1998, 245 pp.
12. ENEO UNAM, Valoración del estado de salud individual Antología Fundamentos de Enfermería, México 2005, 280 pp.
13. FARRERAS R y Cols. Tratado de Medicina Interna Ed Mc. Graw Hill Interamericana 3ra ed. Madrid, 2000, 2000pp.
14. FERNANDEZ, C. Novel. El proceso de atención de Enfermería estudios de caso. Edit. Masson Madrir 1999, 94pp.

15. FERNÁNDEZ FERRIN, Carmen, El proceso de atención de Enfermería estudio de caso Ed. Masson-Salvat, Madrid, 1995 140pp.
16. FORCIEA. Secretos de la Geriatría. Ed. McGrawHill-Interamericana, Washington, 350pp.
17. FRANCÉS F y Cols. Plan de cuidados en Enfermería Geriátrica .Ed. Masson Salvat Madrir, 1995, 300pp
18. GALVEZ GALVEZ, Adriana. Estudio de caso aplicado a una persona con alteración en el requisito de oxigenación utilizando el modelo de Dorotea Orem. ENEO UNAM, México 2007, 155pp.
19. GARCÍA L., Ma. Victoria y Cols. Enfermería del Anciano. Ed. DAE. Madrid. 2000, 450pp.
20. GARCÍA, M. J. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso, 2002. 298pp.
21. GUILLÉN LLERA F., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos Ed. Masson 2ª ed, Madrid. 1998, 500pp.
22. GUYTON, A. y J. HALL. Tratado de fisiología médica. Ed. Mc.Graw Hill Interamericana, México. 2001, 4250pp.
23. GRONDIN R, Lise. Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana Madrir, 1997, 320pp.
24. HARRISON, Principios de Medicina Interna, Ed. Mc. Graw Hill Interamericana 15 ed. Vol 1, 2002, 3500 pp .
25. HENDERSON, Virginia La naturaleza de la Enfermería reflexiones 25 años después, Ed. Interamericana Mc. Graw Hill España 1994 235pp.
26. HERNÁNDEZ CORRAL, Sandra. Estudio de caso. El modelo conceptual de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson aplicada en una persona anciana con artritis reumatoide. ENEO UNAM, México 2000, 168pp
27. JACKSON F; Marilyn. Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. Journal of Advanced Nursing, Canada, Volume 19 Issue 3, Pages 492 - 502 Published Online: 15 Feb 2006
28. JIMÉNEZ De E; Teresa. El proceso de enfermería. Una metodología para la practica. Orion Editores Ltda., Bogotá, 1997, pp175

29. KASCHACK, Newman Planes de cuidados en geriatría, Ed. Doyma Madrid, 1995, 500pp.
30. LAWRENCE M., Tierney. Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. Manual Moderno, 38ª ed, México 2003, 825pp.
31. LOZANO CARDOSO, A. Introducción a la geriatría, Ed. Méndez Editores, México 1993, 540pp.
32. LUCKENOT, Annete Valoración Geriátrica Ed. Interamericana Madrid, 2002, 2500p.
35. LÓPEZ, Parnau. Caso clínico intento de trabajar con diagnósticos de Enfermería. En la Revista Nursing 1989, Diciembre p 8-10.
36. MANUAL MERCK, Diagnostico y Tratamiento, Ed. Océano 13ª ed. Barcelona 2000 890pp.
37. MARTINEZ IRAIS, Itzel. Estudio de caso. Cuidados sustitutos a una mujer adulta con dependencia en sus necesidades fundamentales por falta de fuerza; ocasionada por alteración infecciosa generalizada. Aplicando la filosofía de Virginia Henderson. ENEO UNAM México, 2005, 110pp.
38. MARRINER T., Ann El proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico Ed. Manual Moderno, 2da ed. México 1983, 150pp.
39. MARRINER T., Ann Modelos y teoría en Enfermería Edit. Mosby Doyma 3ra ed. México, 1994 800pp.
40. MASSON. Enfermería Geriátrica. Ed. Manuales de enfermería, 2ª ed. Ed. Madrid, 2000. 455pp
41. MORAN, Victoria Modelos de Enfermería Ed. Trillas, México 1993 550pp.
42. NANDA, Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, definiciones y clasificaciones Ed. Elsevier Madrid 2005-2006 107pp.
43. PHANEUF, M. Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería, Interamericana, España. P. 36-39
44. PÉREZ MELERO, Andrés. Enfermería Geriátrica. Ed. Síntesis, Madrid, 1997. 400pp.
45. RAMÍREZ FLORES, Yolanda. Estudio de caso de un adulto mayor con problemas en la necesidad de oxigenación, movimiento y postura. ENEO UNAM, México 2003, 142pp.
46. RODRÍGUEZ y Cols. Geriatría. Ed. Mc.GrawHill. México, 2000. 350pp.

47. RUBENS, José y DA S. José. Fisioterapia Geriátrica. Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 2005, 550pp.
48. ROPER N y Cols. Modelos de Enfermería Ed. Interamericana México 3ra ed. 1993, 120pp.
49. ROPER N Y Cols. Proceso de atención de Enfermería modelo de aplicación, Ed. Interamericana México 1993 354pp.
50. SALGADO A. y Cols. Fundamentos prácticos de asistencia al anciano Ed. Interamericana Madrid, 2000, 250pp.
51. SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Adriana. Estudio de caso aplicado a na persona con sepsis abdominal, utilizando como modelo conceptual la filosofía de Virginia Hnderson y para la valoración las 14 necesidades básicas. ENEO UNAM, México, 2006 126pp.
52. SINECIO BAUTISTA, Maria L. Estudio de caso de una adulta mayor con problemas en la necesidad de movimiento y postura y la necesidad de Aprendizaje. ENEO UNAM, México 2003, 160pp.
53. SMELTZER S. y cols. Bruner. Enfermería Medico Quirúrgica. Ed. Mc.Graw Hill Interamericana, 9ª ed, Vol. 1. México, 2002, 2313pp.
54. SMITH J. Virginia Henderson los primeros noventa años, Ed. Masson Barcelona 1996, 165pp.
55. STAAB A, Hodges Enfermería Gerontológico Ed. Mc. Graw Hill Interamericana México 1999, 670pp.
56. TASSONE K. Christine y Cols. Who Cares For Older Adults? Workforce Implications Of An Aging Society. Health Affairs, November 1, 2005; U.S.A.24(6): 1436 - 1445.
57. Teorías y Modelos de Enfermería, base teórica para las especializaciones. División de estudios de Posgrado. ENEO UNAM 2007. 712pp.
58. TIMARAS, Paola. Bases Fisiológicas del Envejecimiento y Geriatria. Ed. Masson, Madrid 1997, 1200pp.
59. VANDER CAMMEN, y Cols. El manual clínico de geriatría Ed. Interamericana México 1998, 4780p.
60. WESLEY, R Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Interamericana 2da ed. México 1995, 800pp.

13. ANEXOS

ANEXO 1

A. INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS EN EL ADULTO MAYOR

I. DATOS GENERALES

Nombre: MTO Edad: 61 años Servicio: 2º piso del INCMNSZ Fecha: 19/X/2005

II. ANTECEDENTES

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Diabetes Mellitas	No
Glicemia mayor a 120 mg/dl	97 mg&dl
Diab. Mell. más de 10 años de evol.	No
Hipertensión arterial	No
T/A mayor 140/90 mmHg	No
HTA de más de 10 años de evol.	No
Enr. Cardiovascular	No
Artritis	No
Artritis: poca limitación	No
Artritis: severa limitación	No
Caídas en los últimos 12 meses GARCÍA LÓPEZ Maria Victoria, Op. Cit. p.106-125	No
Otras enfermedades	No
Alta Hosp. en el último mes	No
Función Intelectual (Folstein)	30/30
Figura del reloj	Normal

III. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

OXIGENACIÓN

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Frecuencia cardiaca	80x´
Frecuencia respiratoria	20x´
TA sentado	100/70
TA parado	100/70
Llenado capilar Ms.Ps.Der.	2 seg.
Llenado capilar Ms.Ps.Izq.	2 seg.

ALIMENTACIÓN

Peso, talla: IMC	1.50cm/37kg : 16.4
Glucosa capilar	97 mg/dl
Presencia de caries	Si
Dentadura postiza	No
Comidas al día	Intolerancia a la vía oral
Come en compañía de otras personas	
Líquidos/día equivalente – 1600 ml	3000ml
Esc. Desnutrición	Riesgo moderado
Ex. Mínimo del Edo. Nutricio	Desnutrición

ELIMINACIÓN

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Problemas para iniciar la micción	No
Goteo incontrolado de orina	No
Salida involuntaria de orina	Si, ocasional
Ocasiona problemas orinarse involuntariamente po la cant. o frec.	No
Tiene dolor o escozor al orinar	No
Orina con sangre	No
Veces orina al día	8
Veces orina de noche	0
Flujo (vagina/pene)	No
Defeca involuntariamente	No
Ocasiona problemas defecar involuntariamente por la cant. o frec.	No
Veces que evacua al día	Cada 3er día
Defeca con esfuerzo, dolor o distensión abdominal	Si, con esfuerzo
Evacua con sangre	No

MOVIMIENTO Y POSTURA

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Tiene problemas para caminar	No
Tiene problemas para subir escaleras	No
Tiene problemas para pararse de estar sentado	No
Pérdida de fuerza muscular	Si
Contrac. y rigidez de articulaciones	No
Marcha y balance con inestabilidad (Tinetti)	No
Cap/ABVD (Katz)	B Depend. en una func.
Cap/AIVD (Lawton)	16/16 independiente
Prueba de estación unipodal	25 seg
Año de realización de densitometría	No se ha realizado

DESCANSO Y SUEÑO

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Problemas fam. O con otras personas	No
Su vida/algún cambio importante	No
Ser querido fallecido (-1 año)	No
Despierta en la noche	No
Sueño: - 7 horas/día	No, duerme 8 horas/día

TERMORREGULACIÓN

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Experimenta frío frecuentemente	No
Experimenta mucho calor	No
Incapaz de tomarse la temperatura	No
Vestido inadecuado a la estación	No, ropa de hospital
Hab. y viv. Inadec/Temp.. Inadec.	No

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Baño/ más de 8 días	No, cada 3er día
Lav.de manos: no siempre antes de comer y después de ir al WC	Siempre
Hig. Bucodental: ocasionalmente	2 veces al día
Uñas de las manos largas	No
Uñas de los pies largas	No
Piel seca	No
Lesiones en el cuerpo	No
Presenta úlceras por presión	No
Ries/úlceras presión (Esc. Norton)	No

EVITAR PELIGROS

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Casa donde vive: rentada	No
Calles a su alrededor: accidentadas	No
Problemas para subir o bajar escaleras	No
Problemas para bañarse	No
Alfombras o cables que le puedan ocasionar un caída en su casa	No
Agudeza visual ojo derecho: -20/40	No
Agudeza visual ojo izquierdo: -20/40	No
Vista no permite darse cuenta del peligro (escaleras, autos, etc)	--

Incapacidad auditiva oído derecho	No
Incapacidad auditiva oído izquierdo	No
Incap/compren. Auditiva oído derecho	--
Incap/compren. Auditiva oído izquierdo	--
Oído no le permite oír el ruido de un vehículo	--
No aplica vacuna/ influenza	No
No aplica vacuna/ neumococcica	No
No aplica vacuna/ Td	No
Más de 1 año/ultimo papanicolao	Si, 2 años, result. Neg.
Más de 1 año/ultima explor. Mamaria	No, 6 meses, res. Neg.
Ingiere más de 3 medicam. al día	No
Los medicamentos que ingiere están ministrados por un médico	Si
Conoce la dosis, horario y el efecto de cada uno de los medicamentos	No, desconoce el tx. que le están dando
Requiere aplicación de insulina	No

COMUNICACIÓN

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Vista perm. Leer/títulos periódico	Si
Tiene problemas para coser	Si, se cansa su vista
Mantiene con facilidad una conversación en grupo	Si
Tiene dificultades para conversar con una persona	No
Es posible conversar	Si
La mayoría del tiempo esta solo	No
Cuenta con transporte para salir	Si
Al describirse se devalúa	No
Se siente mal de pedir ayuda	Si
Numero de personas con las que vive	3
Mala calidad de la interacción familiar (Apgar familiar)	No
Malos recursos sociales (OARS)	No, Buenos recursos
Colapso del cuidados (cuestionario de Zarit)	No
Esta deprimido (Yessavage)	No, 9/30
Vive/persona con dependencia	No
Situación económica deficiente	No, \$6,000 mens.
Cubrir sus gastos: no puede, con dificultad, sin problemas.	Con dificultad
Estado civil:	Soltera
Actitud: inadecuada	No
Cambio de domicilio en -3 meses	No

VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Pertenece a algún grupo social	No
Pertenece a algún grupo religioso	No, católica
Tiene algún significado Dios	Si
¿le gustaria participar en alguna actividad social (iglesia, colonia, INSEN)?	Si, al INSEN

TRABAJO Y REALIZACIÓN

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Tiene actividad remunerada	No
Cuenta con vales/despensa DF.	No
Sus ingresos no cubren sus necesidades, le resulta difícil cubrir sus gastos ó no tiene problemas financ.	Le resulta difícil cubrir sus gastos
¿De que manera o de quien recibe ayuda?	Pensión y sus hermanas le ayudan
Se siente inútil	No

JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Realiza ejercicio	90min de caminata inte
Tiene pasatiempos	Si, lectura y caminata
Dedica -2hrs./pasatiempos/semana	No, 9 hr a la sem
Tiempo libre=tiempo perdido	No
Cree que existe entretenimiento adecuado a su edad	Si
Le gustaria participar en alguna actv. Social (iglesia o INSEN)	Si, INSEN

APRENDIZAJE

Factor de Riesgo/Daño	Especificar
Años de escolaridad	12
Sabe Leer	Si
Sabe escribir	Si
Deterioro de la función intelectual (Esc. Folstein)	30/30
Sabe de su enfermedad	No
Sabe de los cambios anatomofisiológicos de la vejez	Si
Sabe de sus medicamentos	No
Sabe de otros tratamientos	--
Le gustaría aprender a cuidarse	Si

B. ESCALAS UTILIZADAS.

1. Evaluación del Estado Mental (Folstein)

Preguntas	Puntaje de referencia	Puntaje obtenido
¿Qué fecha es hoy?(año, estación, mes, día, fecha completa)	5	5
¿En donde estamos?(piso, hospital, ciudad, estado, país)	5	5
Nombre 3 objetos, pida al sujeto los repita (lápiz, llave, libro)	3	3
Que reste empezando en 100 de 7 en 7)o desde 20 de 3 en 3) hasta 5 respuestas	5	5
Pregunte por los 3 objetos aprendidos	3	3
Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique	2	2
Que repita la frase "No voy si tu no llegas temprano"	1	1
Que cumpla la siguiente orden verbal "Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad con ambas manos y colóquela en el piso	3	3
Que lea la frase "Cierre los ojos"	1	1
Que escriba una oración	1	1
Que copie un diseño grafico (pentágonos cruzados)	1	1
TOTAL	30	30

2. EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI.

			Puntaje
1) balance sentado	Se va de lado o resbala = 0	Firme y seguro = 1	1
2) Levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz sin brazos = 2	Capaz pero usa brazos = 1	2
3) intenta levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz a la primera = 2	Capaz en mas de un intento = 1	2
4) Balance inmediato al levantarse (5 seg.)	Inestable (vacila mueve los pies) = 1 Estable sin ningún apoyo.		2
5) Balance de pie	Inestable = 0	Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cm.) o apoyo físico = 1	2
6)Empujo(con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma sobre el esternon 3 veces)	Comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1	Esta firme= 1	1
7) Ojos cerrados (misma posición)	Inestable = 0	Estable = 1	2
	Pasos irregulares = 0	Pasos uniformes = 1	0

8) Giro de 360 grados	Inestable = 0	Estable = 1	1
9) al sentarse	Insegura (juzga mal distancia se deja caer) = 0 Usa los brazos o esta inseguro = 1	Seguro baja con suavidad = 2	2

TOTAL 15

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

TOTAL = 8

3. INDICE DE KATZ EVALUACION DE LAS NECESIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

	SI	NO
1) Baño (con esponja, en bañera o regadera) no necesita ayuda o la necesita solo para bañarse una parte del cuerpo.		X
2) Vestido. Prepara las prendas y se viste sin ayuda excepto para anudarse los zapatos.		X
3) Aseo: va al cuarto de baño usa el WC, se arregla la ropa y vuelve sin ayuda (puede emplear un bastón o andador para soporte y un cómodo ,u orinal por la noche.		X
4)Desplazamiento: entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda(puede utilizar bastón o andadera)		X
5) Continencia: Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidentes esporádicos)	X	
6) Alimentación. Se alimenta así mismo sin ayuda(excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)		X
TOTAL	1	5

4. ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON.

<p>A)Usted puede prepara sus alimentos</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.con algo de ayuda</p> <p>3.no puede prepara ningún alimento</p>
<p>B)Usted puede hacer su quehacer/ trabajo o reparaciones en caja</p> <p>1. Sin ayuda.</p> <p><u>2.Con algo de ayuda</u></p> <p>3.No puede prepara ningún trabajo en casa</p>
<p>C)Usted puede lavar su ropa</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3.No puede lavar nada</p>
<p>D)Usted puede tomar sus medicinas</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3.No puede tomar medicinas sin ayuda</p>
<p>E) usted puede ir a lugares distante (no caminando) usando trasportes.</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3) No puede trasportarse sin ayudas especiales.</p>
<p>F) .Puede ir a comprar lo necesario para la casa (mercado, supermercado)</p> <p><u>1.Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3. No puede ir a comprar en absoluto.</p>
<p>G)Usted puede manejar su dinero</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3. No puede manejar su dinero</p>
<p>H)Usted puede utilizar el teléfono</p> <p><u>1. Sin ayuda.</u></p> <p>2.Con algo de ayuda</p> <p>3. No puede utilizar el teléfono</p>
TOTAL: 16

Puntuación final (máximo total 16 puntos)

ESCALA DE NORTON

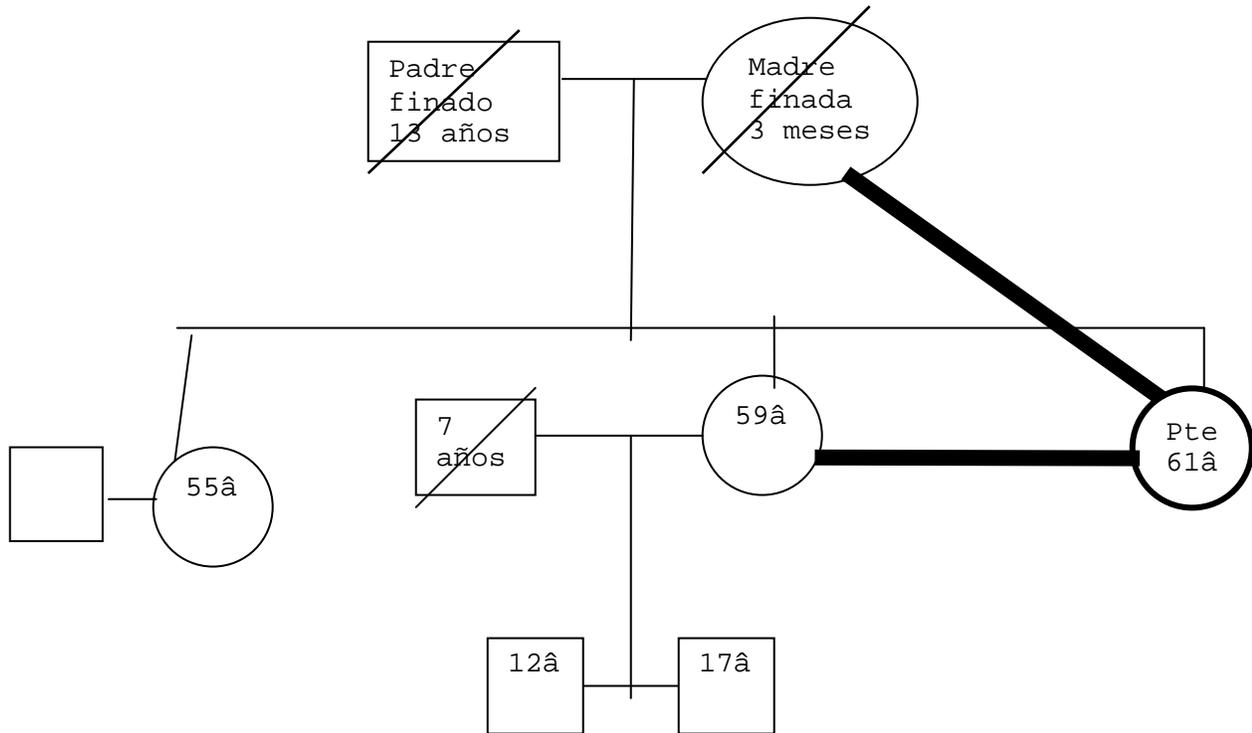
RIESGO A ULCERAS POR PRESION.

	Puntaje
CONDICION FÍSICA	
Buena.	4
Regular.	3
Pobre.	2
Muy mala.	1
CONDICION MENTAL	
Alerta	4
Apático.	3
Confuso.	2
Estuporoso.	1
ACTIVIDAD	
Ambulatorio.	4
Camina con ayuda.	3
En silla de ruedas	2
Acostado.	1
MOVILIDAD.	
Completa.	4
Ligera limitación.	3
Muy limitado.	2
Inmóvil.	1
INCONTINENCIA	
Ninguna	4
Ocasional.	3
Usual orina	2
Doble heces y orina	1
TOTAL <u>17</u>	

MEDICAMENTOS: PREECRITOS, NO PREECRITOS O MEDICINA TRADICIONAL.

Nombre del fármacos	Dosis	Tiempo de admón.	Efectos Adversos
METOCLOPRAMIDA	1 ^o mg IV c/8hr	1 semana	
RANITIDINA	50 mg IV c/8 hrs	1 semana	

familiograma



ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

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

Puntaje 9/30

0= SI 1= NO (0)	0.5= 3 A 5 VASOS 1=> DE 5 VASOS (1)
8.SU MOVILIDAD 0= CONFINADO A CAMA O SILLON 1= CONFINADO A SU HABITACIÓN 2= PUEDE ANDAR EN EXTERIORES SIN AYUDA (1)	16. MODO DE ALIMENTACIÓN 0= CON ASISTENCIA 1= AUTÓNOMO CON DIFICULTADES 2= SOLO CON DIFICULTADES (1)
9.PROBLEMAS PSIQUIATRICOS 0= DEMENCIA O DEPRESIÓN GRAVE 1= DEMENCIA O DEPRESIÓN LEVE 2= NINGUN PROBLEMA PSIQUIATRICO (2)	17.¿ TIENE UD UNA ENFERMEDAD, O ATRAVIESA POR ALGUNA SITUACIÓN QUE LE HA OBLIGADO A MODIFICAR LA CANTIDAD Y/O TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE UD CONSUME? 0= SI EN GRAN MEDIDA 1= PARCIALMENTE O BIEN NO LO SABE 2= NINGUN PROBLEMA (0)
10.ULCERAS DE DECIBITO 0= SI 1= NO (1)	18.¿EN COMPARACIÓN CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, COMO CONSIDERA USTED SU SALUD? 0= NO TAN BUENA 0.5= IGUALMENTE BUENA 1= NO LO SABE 2= MEJOR (0)
TOTAL (15)	
Puntaje: <19= desnutrición. 19-23.5= riesgo de desnutrición. >23.5= normal	

ANEXO 2

EJERCICIOS DE KEGEL

Los ejercicios de Kegel se recomiendan a la mujer que sufre incontinencia urinaria por estrés y por urgencia. El propósito de realizar los ejercicios es fortalecer los músculos de la zona pélvica y mejorar la función del esfínter uretral. El éxito de los ejercicios de Kegel dependen de la práctica apropiada de la técnica y un disciplinario cumplimiento del programa de ejercicios.

La práctica de la interrupción del chorro de orina, SÓLO debe utilizarse para localizar los músculos y NO como ejercicios, ya que altera el reflejo normal de la micción y podría inducir a una alteración de este mecanismo o a dejar residuo de orina en la vejiga al finalizar la micción.

- Para localizar los músculos correctos trate de parar o de disminuir el flujo de su orina sin usar los músculos del estómago, de las piernas o de las nalgas. Cuando sea capaz de disminuir o de parar el chorro de la orina habrá localizado los músculos correctos.
- Apriete los músculos. Manténgalos así hasta la cuenta de diez. Relájelos hasta la cuenta de diez.
- Haga esto 20 veces de 3 a 4 veces por día.
- Es probable que tenga que comenzar despacio.

Durante la ejecución de los ejercicios no deben sentir molestias ni en el abdomen ni en la espalda, si esto sucede es que se están realizando de forma incorrecta los ejercicios. Hay quien contiene la respiración o aprieta el tórax mientras contrae los músculos del piso pélvico, no es recomendable, lo correcto es que se relaje y se concentre lo máximo en los músculos del piso pélvico.

ANEXO 3

EJERCICIOS PASIVOS

Para empezar: Acueste a la persona sobre la espalda con la cabeza lo más plana que sea posible, sin usar almohada. Sostenga la parte trasera de la cabeza de la persona con una de sus manos. Con su otra mano, sosténgale la barbilla.

Barbilla y pecho: Levante la parte de atrás de la cabeza de la persona. Con suavidad, lleve la barbilla, de la persona, hasta el pecho o lo más cerca posible. Trate de descansar la barbilla de la persona en el pecho si es posible.

Movimientos de cabeza: Sostenga la cara de la persona entre sus manos. Gire la cabeza de la persona hacia la derecha como si fuera a mirar sobre el hombro derecho. Luego, haga lo mismo hacia el lado izquierdo de la persona. Gire la cabeza de la persona de manera que la nariz quede alineada con el hombro.

Inclinaciones de cabeza: Sostenga la cara de la persona entre sus manos. Incline la cabeza de la persona hacia el lado acercando su oreja hacia el hombro derecho. Luego regrese la cabeza de la persona lentamente como si fuera a tocar su hombro izquierdo con su oreja izquierda.

Ejercicios para los hombros y codos: Haga cada ejercicio entre 5 y 10 veces.

Para empezar: Coloque una mano debajo del codo de la persona y sosténgale la muñeca con su otra mano. Mantenga derecho el codo de la persona o dóblelo ligeramente si hay necesidad.

Movimientos verticales de los hombros: Estos movimientos se hacen de arriba a abajo. Mueva la palma de la mano de la persona hacia adentro hacia el dirección cuerpo. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Trate de levantarlo de manera que la parte interna del brazo le toque la oreja. Baje el brazo de la persona y colóquelo sobre el lado.

Movimientos laterales de los hombros: Estos movimientos son de un lado a otro. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Bájele el brazo y páselo hacia la parte frontal del cuerpo en la dirección del hombro izquierdo de la persona. Regrese el brazo de la persona hacia el lado.

Rotación del hombro: Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado. Doble el codo de manera que los dedos queden apuntando hacia arriba. Gire ahora el brazo de la persona de manera que los dedos queden apuntando hacia abajo en la dirección de los pies.

Dobleces verticales del codo: Esto se hace de arriba a abajo. Con el brazo de la persona hacia el lado, gire la palma de la mano apuntando hacia el techo. Doble el brazo en el codo de manera que los dedos apunten hacia el techo. Continúe, si es posible, doblando el codo y toque con los dedos la parte frontal del hombro derecho de la persona. Regrese la mano de la persona hacia el lado.

Dobleces laterales del codo: Esto se hace de un lado a otro. Sostenga el brazo derecho de la persona a la altura del hombro con la palma de la mano apuntando al techo. Doble el codo. Trate de hacer que las yemas de los dedos de la persona toquen la parte de encima del hombro derecho.

Repita los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

Ejercicios para el antebrazo y la muñeca: Haga cada ejercicio entre 5 y 10 veces.

Para empezar: Comience con los brazos de la persona a los lados. Con una de sus manos sujete un poco más abajo de la muñeca y con la otra sosténgale la mano a la persona.

Rotación de la muñeca: Sostenga la muñeca y mano del brazo derecho de la persona de manera que la palma de la mano apunte hacia el piso. Dejando el codo sobre la cama, levante el antebrazo hacia arriba. Sostenga la mano y dóblela en la dirección de la muñeca y luego llévela hacia abajo hasta que sienta resistencia. Mueva la mano de un lado a otro. Haga rotaciones con la mano como si estuviera haciendo círculos.

Palma arriba y abajo: Con el codo y antebrazo de la persona sobre la cama, levántele la mano. Con suavidad muévale la palma de la mano hacia arriba en la dirección del techo. Ahora muévale la mano de manera que la palma quede apuntando al piso.

Repita los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

Ejercicios para la mano y los dedos: Haga cada ejercicio entre 5 y 10 veces.

Para empezar: Con una de sus manos, sostenga la muñeca de la persona para enderezarla. Con su otra mano sosténgale la mano y hágale los ejercicios en la mano y los dedos.

Flexiones de los dedos: Coloque su mano detrás de la mano de la persona y empúñele la mano. Ábrale la mano y enderécele los dedos.

Estiramiento de los dedos: Abra la mano de la persona y estírele los dedos lo más aparte posible. Únale de nuevo los dedos.

Toques de los dedos: Haga este ejercicio tocándole la yema del dedo gordo de la mano de la persona con los otros dedos uno por uno.

Toques de la palma de la mano: Descanse el dedo gordo de manera que descansa atravesado en la palma de la mano de la persona. Muévelo hacia el lado de nuevo.

Círculos con el dedo gordo: Mueva el dedo gordo de la persona como si estuviera haciendo círculos.

Repita los ejercicios anteriores en los dedos de la otra mano de la persona.

Ejercicios para la cadera y rodilla: Haga cada ejercicio entre 5 y 10 veces. Los ejercicios de la cadera deben hacerse siguiendo exactamente las instrucciones del médico si la persona ha tenido cirugía de cadera.

Para empezar: Coloque la pierna derecha de la persona en posición plana sobre la cama. Coloque una de sus manos debajo del tobillo y su otra mano debajo de la rodilla. Enderece la pierna y regrésela a la posición plana después de cada ejercicio.

Flexiones de cadera y rodilla: Doble lentamente la rodilla derecha lo más cerca que pueda hacia el pecho de la persona. Deslice la mano de debajo de la rodilla hacia la parte de encima del muslo para doblarle la rodilla completamente.

Movimientos laterales de la pierna: Esto se hace de un lado a otro. Mueva la pierna derecha de la persona hacia el lado lo que más pueda. Regrese la pierna hacia el centro y crúzela en la dirección de la otra pierna.

Rotaciones de la pierna: Esto se hace desde afuera hacia adentro. Con la pierna de la persona plana sobre la cama, ruede la pierna hacia la mitad de la cama de manera que el dedo gordo toque la cama. Ruede la pierna hacia afuera tratando de que el dedo chiquito toque la cama.

Rotaciones de la rodilla: Esto se hace desde adentro hacia afuera. Mueva la rodilla derecha de la persona de manera que la planta del pie le quede sobre la cama. Ruede la pierna hacia adentro lo que más pueda. Trate de tocar la cama con el dedo gordo. Ruede la pierna hacia afuera lo más posible. Trate de tocar la cama con el dedo chiquito.

Repita los ejercicios anteriores con la pierna izquierda.

Ejercicios para el tobillo y pie: Haga cada ejercicio entre 5 y 10 veces.

Para empezar: Con una de sus manos, sosténgale el tobillo a la persona y con su otra mano sosténgale la planta del pie.

Flexiones de tobillo: Empuje el pie de la persona levantando los dedos del pie lo que más pueda en la dirección del techo. Ahora ponga su mano sobre la parte de encima del pie y empuje el pie hacia abajo.

Rotación de tobillo: Sostenga el pie de la persona con una mano al nivel del tobillo y la otra sobre la parte de encima del pie. Con suavidad mueva el tobillo y pie como si estuviera haciendo círculos.

Flexiones de los dedos: Con la palma de su mano sobre la parte de encima del pie de la persona, encoja los dedos hacia abajo en la dirección de la planta del pie. Luego, enderece los dedos.

Separación de los dedos: Use sus dedos para separar los dedos del pie de la persona y luego únalos de nuevo.

Repita los ejercicios anteriores con el otro tobillo y pie de la persona.

Comuníquese al médico de la persona si: Después de hacerle los ejercicios la persona tiene dolor en una articulación y el dolor no desaparece. Llame también si el área empieza a hincharse.

ANEXO 4

INSTRUCTIVO DE MÉTODO DE CEPILLADO

1° Se coloca el cepillo de manera tal que las cerdas estén en un ángulo de 45°.

2° Apoyar el cepillo sobre las superficies de los dientes , lo más arriba de la zona superiores, en la unión donde se juntan las encías caras labiales de los dientes. El movimiento se efectuara de arriba hacia abajo en forma de barrido de atrás hacia adelante , de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto las encías como los dientes , este se repite 8 , 10 veces de cada lado y en la parte frontal, (dientes anteriores).

3° Parte interna de los dientes superiores (zona palatina)

Mantenga el cepillo en el mismo ángulo , continúe cepillando de la misma forma que en la parte vestibular , los movimientos serán de arriba hacia abajo de atrás hacia adelante en forma de barrido . Repetir 8, 10 veces, por ambos lado y parte frontal.

Caras masticatorias cepillarse en forma circular ejerciendo ligera presión.

4° Parte inferior. Mantenga el cepillo con una angulación de 45°, el cepillo se mantiene horizontal de las caras vestibulares con un movimiento de abajo hacia arriba en dirección de los dientes, con una secuencia de atrás hacia adelante con repeticiones de 8, 10 veces, por ambos lados.

5° Parte inferior , el cepillo se coloca en forma horizontal sobre la parte lingual de los dientes , los movimientos se realizarán con de abajo hacia arriba siguiendo la anatomía de los dientes. Repetición de 8a 10 veces, por ambos lados.

Parte Lingual de los dientes anteriores inferiores , el cepillo se colocara en forma vertical a los dientes anteriores, el movimiento se realizará en forma de barrido, para que las cerdas se introduzcan en la parte interdientaria de cada diente.

6° Las superficies masticatorias se cepillan con movimientos rotatorios ligeros, tratando que las cerdas del cepillo lleguen hacia los surcos y fosetas.

7° Por último cepillaremos la lengua donde se acumula la placa bacteriana. Se coloca el cepillo de forma horizontal de forma que las cerdas se deslicen de adentro hacia fuera de la base de la lengua.

La limpieza dental debe incluir el cepillado y el paso de hilo dental de nylon por los espacios interdientales.

Primero corte de 45 a 50 cm. de hilo. Enrolle la mayor cantidad de hilo en el dedo mayor de una mano y un poco en el mayor de la otra, dejando entre las dos manos de 5 a 8 cm. de hilo, que es lo que usará para la limpieza.

Sostenga el hilo tenso con el dedo índice de cada mano, dejando 2 cm. de hilo que es la parte que guiará suavemente entre los dientes, como se ve en la foto.
Mantenga el hilo contra la superficie de cada diente, deslizándolo hacia la encía. Haga movimientos de vaivén de arriba hacia abajo a los lados de cada diente para remover la placa entre diente y diente, incluso por debajo del margen gingival.

Después que ha limpiado un espacio entre diente y diente, corra el hilo entre sus dedos para que siga limpiando con hilo nuevo en cada nuevo espacio.