



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA: APLICADO A UNA ADULTA MAYOR CON
DETERIORO DEL MOVIMIENTO RELACIONADO CON FRACTURA DE CADERA

PRESENTA
SÁNCHEZ HERMENEGILDO MARCELA ESMERALDA

No. DE CUENTA
303063007

ASESOR ACADEMICO

MTRA.VIRGINIA REYES AUDIFFRED

MÉXICO DF OCTUBRE 2011



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.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVOS	5
III. METODOLOGÍA.....	6
IV. ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIO EN EL HOGAR	7
V. MARCO CONCEPTUAL	
5.1 Antecedentes del cuidado	8
5.2 Modelo de Virginia Henderson.....	8
VI. MARCO TEÓRICO	
6.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	16
6.1.1 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	19
6.1.2 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....	20
6.1.3 Escalas de valoración	21
6.2 Cambios Fisiológicos en el Adulto Mayor.....	23
6.3 Fractura de Cadera.....	26
6.4 Rehabilitación.....	27
6.5 Masoterapia.....	35
6.6 Depresión.....	38
6.7 Herpes Zoster.....	42
6.8 Estreñimiento.....	43
6.9 Duelo.....	45
6.10 Onicomicosis.....	46
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
7.1 Valoración.....	47
7.2 Datos de Dependencia e Independencia.....	52
7.3 Necesidad más afectada.....	58
7.4 Diagnósticos de Enfermería.....	59
7.5 Plan de Atención de Enfermería.....	63
7.6 Conclusiones.....	105
VIII. ANEXOS	
8.1 Plan de Alta.....	106
8.2 Glosario.....	115
8.3 Fuentes de información.....	117

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Le agradezco haberme dejado llegar hasta aquí, por darme la fuerza, educación y perseverancia necesaria para lograr esta meta. Por permitirme terminar la carrera satisfactoriamente. Por darme esta vocación de cuidar y ayudar al prójimo con amor.

A MIS PADRES

Por haberme apoyado en mis estudios, por sus sacrificios, por creer en mí y darme todo su cariño. Pero sobre todo por darme la vida y la dicha de tenerlos como padres, por siempre estar conmigo ¡Gracias! Los amo, los admiro y los llevo en mi corazón.

A MI HERMANA

Por ser mi amiga y mi apoyo, darme tu experiencia, tus conocimientos, ser mi guía y la mejor hermana del mundo ¡Gracias! por todo te quiero mucho hermana.

AL AMOR DE MI VIDA

Por ser mi animador personal, por creer en mí, por tenerme paciencia, por acompañarme en mis desvelos, por estar siempre conmigo, por ser mi motivo y mi todo, ¡Gracias! te adoro con todo mi ser.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina multidimensional en la que se brinda el cuidado de una forma holística; es ver al paciente en su ámbito físico, psicológico, espiritual y social; y con bases científicas al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en el cual se evalúa el grado de independencia del individuo, es decir su salud, y los cuidados específicos a ser brindados por el profesional de enfermería.

La salud de acuerdo a la definición de la OMS no es solo la ausencia de enfermedad sino el estado de completo bienestar físico, psíquico y social.

Las fracturas de cadera se producen en la proporción significativa de población mayor de 65 años, representan una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad entre la población de la tercera edad; éstas son causadas en su mayoría por caídas y causan desde fractura del cuello del fémur hasta una fractura intertrocantérica.

Las fracturas ocupan el quinto lugar en morbilidad en adultos mayores en México de acuerdo al INEGI¹, esto significa que representa una de las principales afecciones, que pueden llegar a causar un daño permanente en los pacientes si no se les brindan las terapias y cuidados necesarios disminuyendo su calidad de vida. Es por esto que el profesional de enfermería tiene una vital importancia ya que cuenta con la preparación necesaria para brindar los cuidados específicos y las terapias que el paciente requiera y de acuerdo a sus avances lograr una recuperación hasta que el adulto mayor logre de nuevo realizar sus actividades básicas de forma independiente.

El presente trabajo está basado en un caso clínico real, de una paciente adulta mayor postoperada de fractura de cadera, deterioro cognitivo leve, depresión, herpes zoster, insomnio, estreñimiento. De cada patología se presenta el marco teórico. En cuanto al quehacer de enfermería, se presenta de forma descriptiva toda la información obtenida en la valoración a partir de la cual se identificaron los problemas de salud, estos se redactan en los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA. En cada uno se abordan los cuidados, las terapias de rehabilitación, terapia cognitiva, etc. El plan de atención se presenta empleando NIC y NOC. En anexos se presenta el plan de dieta y por último las sugerencias y las conclusiones.

¹ <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf>, 26 Junio 2011.

II. OBJETIVO GENERAL

- ✦ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de una adulta Mayor en el Hogar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✦ Dar a conocer los cuidados que el personal de enfermería debe de brindar a una paciente A.M. postoperada de fractura de cadera que cursa con deterioro cognitivo leve, depresión, herpes zoster, insomnio, estreñimiento.
- ✦ Recalcar la importancia de realizar intervenciones de enfermería con fundamentación científica para garantizar la seguridad del cuidado del paciente.
- ✦ Enfatizar la importancia del rol de la enfermera en la recuperación o mantenimiento de la salud del paciente.
- ✦ Destacar la importancia del PAE para que el profesional de enfermería lo aplique en su ámbito profesional.
- ✦ Reforzar los conocimientos del pasante de la LEO y la aplicación de estos en la práctica para profesionalizarlos y que sean competentes laboralmente.

III. METODOLOGÍA

El actual proceso de atención de enfermería fue aplicado a un adulto mayor del Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar, a quien se le brinda el servicio a partir del 17 de enero del 2011.

Primeramente se le informó por vía telefónica al cuidador primario que para dar el servicio, se solicitaba de su autorización para la aplicación del PAE. Posteriormente se realizó una valoración multidimensional de las necesidades con el instrumento del SEUH, con el cual se valoró a la paciente detectando las necesidades afectadas. Se realizó también una exploración cefalocaudal y una entrevista al adulto mayor. Al cuidador primario se le valoró con diversas escalas y también fue entrevistado. Posteriormente se realizó la revisión bibliográfica sobre los cambios fisiológicos y psicológicos del adulto mayor, las patologías que presentaba la paciente y en base a ello se establecieron los diagnósticos de enfermería así, como las intervenciones de enfermería, las cuales se jerarquizaron.

Las intervenciones de enfermería se brindaron a partir del 17 de enero del 2011, 5 veces a la semana, estando a cargo de los cuidados de enfermería 4 pasantes de licenciatura de Enfermería y Obstetricia. El cual finalizó hasta el 27 de Julio del 2011, así siendo solo un pasante de enfermería 4 veces a la semana en turno matutino. Cada treinta días se realizó la evaluación a través de la revisión de los objetivos y los resultados de enfermería, por lo que, simultáneamente se revisaron las intervenciones de enfermería implementadas, haciéndose las modificaciones necesarias al plan de atención.

IV. ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIA EN EL HOGAR (ENEO)

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

El 23 de Diciembre del 2005, se inicia como proyecto piloto el SEUH, con la atención de enfermería en su hogar a un adulto mayor con Cáncer de hígado, otorgándole cuidados por 45 días las 24 hrs. del día, a través de 4 estudiantes de enfermería de 6^{to} semestre. Para el mes de febrero, solicitan el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar 3 personas más, por lo que es necesaria la difusión del programa entre estudiantes de 5^{to} semestre inscribiéndose a este 10, más 2 pasantes de enfermería asignadas a realizar su servicio social en el SEUH. Para el mes de agosto, el SEUH proporcionaba cuidados de enfermería en promedio a 5 personas en los diferentes turnos a través de dos pasantes de enfermería y 20 estudiantes de 5^{to} a 8^{vo} semestre de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. En agosto del 2006 son asignadas 7 pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia a través de las cuales se brinda cuidado de enfermería en su hogar a 7 personas en los diferentes turnos.

Actualmente realizan Servicio Social en promedio 10 pasantes a través de los cuales se brindan cuidados de enfermería en el hogar a 10 personas aproximadamente.

En enero del 2008 como una necesidad de revisar y mejorar la metodología del cuidado a la población que más solicita el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar es sometido a evaluación el proyecto de investigación "Desarrollo y evaluación de un modelo de atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar" es aprobado como PAPIIT IN310108. Es a partir de este proyecto como se inicia la implementación del cuidado de enfermería en base al modelo de Virginia Henderson, la taxonomía de la NANDA, NOC y NIC.²

² Paredes Fuentes, 2010.

V. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Antecedentes del cuidado.

El cuidado es *atención y observación, asistir a alguien que lo necesita, mirar uno por su salud o bienestar*³, en conclusión el cuidado es atender y asistir a alguien que lo necesite para darle salud y bienestar. El cuidado es la base de la enfermería así como el dar un trato humano al paciente.

El cuidado ha existido desde los inicios de la humanidad, las madres eran las encargadas de cuidar a sus hijos y esposos. Este ha ido evolucionando junto con el hombre hasta que en el siglo XIX una persona habló de técnicas para dar comodidad, higiene y alimentación a los enfermos; ella es Florence Nightingale qui en definió el cuidado como *cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.*⁴

En el siglo XX se diseñaron planes de cuidado que se enfocaban en la resolución de problemas y deficiencias del paciente, así como fomentar la salud y el autocuidado para la prevención de enfermedades.

5.2 Modelo de Virginia Henderson.

Enfermera norteamericana, nació en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. Graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la universidad, donde tuvo el grado de maestra en Artes con



³ <http://www.wordreference.com/definicion/cuidado>, 18 Marzo 2011.

⁴ Carpentio-Moyet, Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería, Mc Graww. Hill.

especialización en Docencia de Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y la práctica clínica por el periodo de 1930-1948.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas como en el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ☞ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ☞ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Independencia es que el paciente sea capaz de satisfacer sus 14 necesidades sin ayuda de terceros. Dependencia es cuando una persona necesita de un tercero para satisfacer sus necesidades básicas.
- ☞ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ☞ Se observa una similitud entre las necesidades de Virginia Henderson y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

OXIGENACIÓN :

Es la necesidad que refiere a la acción de respirar normalmente, por lo que esta se evalúa de manera biofisiológica con la edad, alineación corporal, talla, nutrición, e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardiaca, función respiratoria, así como el estado de la red vascular (arterial y venosa).

Por otro lado, en el ámbito psicológico encontramos que esta necesidad se percibe con las emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.) ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.

Los factores socioculturales que influyen en esta necesidad son las preocupaciones familiares, sociales (hábitos y aprendizajes tales como el estilo de vida y hábitos de

fumar), el entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación del hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Dentro de las observaciones que la enfermera debe hacer para valorar esta necesidad están la toma de los signos vitales como son el pulso central, periférico, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de piel y mucosas, circulación de retorno (venas varicosas).

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Los factores que influyen en esta necesidad están dados primeramente en aspectos biofisiológicos, los cuales son la edad, talla, peso, constitución corporal y patrón de ejercicio.

En los factores psicológicos se encuentran las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y la bebida.

El aporte sociocultural en esta necesidad se ve reflejado en las influencias familiares y sociales, status socioeconómico, entorno próximo a casa, entorno físico lejano (clima, temperatura) religión y el trabajo.

Para denotar la satisfacción de esta necesidad se debe tomar en cuenta la antropometría (peso, talla, pliegue de la piel) estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir así como el buen funcionamiento del tracto digestivo.

En caso de que se presenten heridas, estas se deben de evaluar en el aspecto que tienen y tipo, así como el tiempo de cicatrización.

Dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.

Condiciones del entorno que faciliten o dificulten la satisfacción de esta necesidad.

ELIMINACIÓN:

Por lo que respecta a la eliminación se sabe que es la evacuación de los desechos corporales.

Dentro de los aspectos biofisiológico, encontramos la edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio.

Psicológicamente, destacan las emociones, ansiedad, estrés y estado de ánimo. En las cuestiones socioculturales, se determinan los hábitos de la comunidad, así como el estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales.

El personal de enfermería debe estar pendiente en las características de la orina, (la coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos).

En las heces se debe observar el aspecto de las mismas (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales). La sudoración se debe observar en cantidad y olor; en el caso de las mujeres se debe analizar la menstruación, en aspectos como la cantidad, color y aspecto.

El estado del periné, estado de conciencia, cambios del patrón de sueño y de comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales neurológicas y motoras. Y por último las condiciones que ayudan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

POSICIÓN Y POSTURA:

El moverse y tener una posición adecuada es la que se analiza en esta necesidad. Aquí se determina la constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).

En lo psicológico se evalúan las emociones, personalidad y estado de ánimo. Otros factores son las influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad/ejercicio, hábitos de ocio) y entorno físico lejano (clima, temperatura) entorno cercano (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

La manera de evaluar esta necesidad es con el estado del sistema músculo esquelético (fuerza, debilidad, firmeza de la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada) necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantener una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos y las constantes vitales, estado de apatía, deprostración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad y entorno de la persona.

DESCANSO Y SUEÑO:

La edad, el ejercicio, la alimentación y la hidratación son factores que determinan el estado de descanso.

Dentro de estos también encontramos el estado emocional como la ansiedad, tristeza y estrés.

Las influencias familiares y sociales, (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales, siestas) el trabajo, entorno próximo, (iluminación, ruido, colores, mobiliario) entorno lejano, (clima altitud, temperatura) creencias, valores y estilo de vida.

Las observaciones que resaltan en esta necesidad son: el nivel de ansiedad, estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor de cabeza, inquietud, apatía y respuesta a estímulos.

Condiciones del entorno que ayudan/ impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación a la cama, colchón, almohada o ropa).

VESTIDO:

Se determina con la capacidad que se tiene para vestirse y desvestirse, los factores que influyen son la edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades. Psicológicamente las emociones (alegría, tristeza e ira) personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.

Socioculturalmente las influencias familiares, status social, trabajo conducta, cultura, creencias, religión, significado personal de la ropa, entorno próximo, entorno lejano, ideología.

El personal de enfermería debe observar la edad, peso, estatura, sexo, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse, así como la utilización incontrolada del vestirse y desvestirse, vestido completo, descuido, sucio, inadecuado a la situación, tipo y cantidad de accesorios.

TEMPERATURA:

En esta influyen diversos factores como son la edad, ejercicio, tipo de alimentación, emociones, entorno físico próximo, clima, temperatura, raza, procedencia y el estatus económico.

Para la evaluación de esta necesidad el personal de enfermería debe revisar las constantes vitales de la persona, coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental, irritabilidad y apatía.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

El mantenimiento de la integridad de la piel es una de las necesidades que Virginia Henderson menciona como las básicas.

Dentro de las características que deben ser inspeccionadas en la persona se encuentran la capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, oídos, nariz, boca (aliento, dientes), mucosas y olor corporal. Otras características que se deben conservar son la expresión facial, efectos del baño, condiciones del entorno y recursos para la realización de las acciones.

EVITAR LOS PELIGROS:

En esta necesidad se determina con la capacidad de la persona para evitar peligros del entorno y el evitar dañar a los demás.

Para ello se evalúa la edad de la persona, sus mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico) y estabilidad psicomotora.

Los factores psicológicos son los mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

En los factores socioculturales se encuentran presentes los apoyos familiares, sociales, religiosos, status económico, valores y creencias, entorno lejano y próximo.

COMUNICACIÓN:

En este apartado se evalúa la capacidad de las personas para comunicarse con los demás, para expresar la propia necesidad, temores, opiniones así como las emociones.

Los factores que influyen biofisiológicamente son la integridad de los órganos de los sentidos y edad.

Los factores psicológicos son la inteligencia, percepción, memoria, carácter, estado de ánimo y conciencia.

Los factores socioculturales son el entorno físico, estatus social, nivel educativo, influencias familiares, creencias y profesión.

CREENCIAS Y VALORES:

Esta necesidad está dada por la presencia de las creencias en las que se refugian las personas en determinadas circunstancias, la influencia que ejercen estas en la persona depende de ciertos factores.

Los factores fisiológicos que influyen en esta necesidad son la edad e integridad neuromuscular.

Los factores psicológicos son las emociones, actitudes, estado de ánimo, inteligencia y la percepción de situaciones del entorno.

Los aspectos socioculturales son la cultura, religión, creencias (sentido de la vida y la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía e ideales) influencias familiares y sociales.

REALIZACIÓN:

Esta necesidad comprende el grado de satisfacción de la persona consigo mismo y/o alguna actividad que le brinde esta sensación.

Las observaciones a realizar en la valoración son revisión del estado neuromuscular, nerviosos y de los sentidos, relaciones armoniosas consigo mismo y con los que lo

rodean, autoconcepto negativo o positivo de si mismo, conciencia de capacidades y limitaciones de forma realista así como la capacidad de resolución de problemas.

ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Esta necesidad se relaciona con la necesidad de participar en actividades de entretenimiento y la satisfacción proporcionada por estas

Las observaciones a realizar son la edad, la capacidad física, motivación, personalidad, estado de ánimo y las condiciones del entorno que favorezcan la satisfacción de esta necesidad.

APRENDIZAJE:

Esta necesidad comprende el aprendizaje, el descubrir o satisfacer la curiosidad para lograr un buen estado de salud.

Entre las observaciones que se realizan están las capacidades físicas, psicológicas, factores que puedan influir en la capacidad de aprendizaje y el interés que muestre la persona por resolver su problema de salud.⁵

⁵ <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>, 18 Marzo del 2011.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Proceso Atención de Enfermería (PAE)

La Asociación Nacional de Enfermeras Americanas (ANA) utiliza el proceso de enfermería en el desarrollo de los códigos del ejercicio de la enfermería y ha sido incorporado al marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es constituir una forma ordenada que pueda cubrir individualmente las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El PAE es la aplicación del método científico en la atención de enfermería, es el ordenamiento lógico de las actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención individual, familiar y comunitaria.

Los elementos indispensables en PAE son la planeación, la cual se centra en el paciente, orientada a sus problemas, cómo ayudarle a solucionarlos y dirigida hacia el logro de objetivos concretos.

El PAE incluye básicamente cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.⁶

Valoración

Este se define como la fase de recolección de datos de una manera organizada y sistémica los cuales pueden provenir de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona. Consta de dos componentes: recolección de datos y documentación.

La recolección de datos es sistemática y continua, esta es la clave para realizar una valoración exacta de la persona. Los métodos utilizados para la recolección de datos son la entrevista, observación y exploración física. Estas le ofrecen al personal de enfermería un enfoque lógico, sistemático continuo en la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

La documentación de datos sirve para identificar aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Como son los factores que afecten el estado de salud de

⁶ Carpenito-Moyet, 2003.

la persona o la capacidad de funcionamiento.

Diagnóstico

En esta fase los datos son procesados, interpretados y validados. El resultado de este proceso es un diagnóstico de enfermería.

Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación.

Un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

El profesional de enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud. La habilidad de la enfermera es identificar aquellas funciones de enfermería que se pueden realizar de forma independiente sin que sea necesaria la colaboración de otros profesionales. Estas funciones pueden incluir: enfoques preventivos o enfoques correctivos.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar.

Real:

Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales.

De alto riesgo:

Juicio clínico acerca de la vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema.

Bienestar:

Un diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.⁷

Planificación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas por el diagnóstico de enfermería.

Las intervenciones de enfermería describen la forma que el personal de enfermería puede ayudar a la persona a conseguir los objetivos.

⁷ NANDA, 2010.

El componente de la planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades
2. Elaboración de objetivos
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería
4. Documentación del plan.

Ejecución

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona.

Evaluación

La evaluación es la fase final la cual determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita revisión. Si la persona no ha logrado los objetivos se deberá analizar el plan de cuidados para identificar cual es el problema y poder modificarlo a manera que la persona logre un estado de salud óptimo.

6.1.1 CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

En 1987 en la Universidad de Iowa en el Colegio de Enfermería se realizó una reunión de 10 enfermeras e especialistas de diversas áreas para realizar una clasificación de intervenciones de enfermería, realizando una investigación de los cuidados que se brindaban a los pacientes en el Hospital de Iowa. El equipo desarrollo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como “Cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales”.⁸

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

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

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

⁸ Bulechek HT, 2009.

6.1.2 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS EN ENFERMERÍA (NOC)

El año 1991 se desarrolló una investigación y clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. La cual dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera”.⁹

Distintas situaciones en la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas van desde el proceso utilizando en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional, y las circunstancias vitales experimentadas. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso, o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidado.

Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 31 clases y 7 dominios para facilitar su uso. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario.

⁹ Moorhead S, 2009.

6.1.3 ESCALAS DE VALORACIÓN

Para la valoración de la capacidad funcional de un adulto mayor existen diversas escalas, sin embargo, se abordaran las que se emplean con mayor frecuencia.

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

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

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

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

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

Marcha y equilibrio (Escala de Tinetti) evalúa el equilibrio y la marcha. Conformado por 2 apartados, el primero evalúa el equilibrio a partir de 9 tareas a realizar; el segundo corresponde a la marcha a partir de 7 actividades y arroja un puntaje. Escala de

evaluación puntaje máximo para la marcha 12 puntos y para el equilibrio 16 sumando un total de 28. Se considera alto riesgo de caídas cuando el puntaje es de 18 o menos; riesgo moderado de 13 a 24 puntos, riesgo bajo 25 a 28 puntos.

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

Escala Atenas de Insomnio mide el impacto diurno provocado por el insomnio para ofrecer alternativas que ayuden a corregir este trastorno del sueño, formato breve y sencillo instrumento de 8 reactivos, primeros 4 abordan el dormir cuantitativamente, 5º reactivo calidad de dormir, y los últimos 3 impacto diurno provocado por el insomnio.

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

Consta de 5 preguntas a las que se asigna un puntaje entre 0 y 4. Debe aplicarse a más de un miembro y debe promediarse las puntuaciones

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

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

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

Escala de ansiedad de Golberg evalúa el grado de ansiedad, consta de preguntas opcionales y obligatorias primeras 4 obligatorias.

Escala de autoestima de Coopersmith el cual evalúa el nivel de autoestima. Conformado por 25 preguntas con un valor de 4 puntos para las afirmaciones acordes con un alta autoestima y puede ser de autoaplicación. Escala de evaluación 50 y más alta autoestima, 26 a 49 autoestima media, 25 a 0 baja autoestima.

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

Test de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) detecta en el cuidador riesgo de enfermedad, ansiedad y depresión. Formado por 22 tipo Likert con 4 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación. Escala de evaluación puntuación menor de 47 no se encuentra en sobrecarga, 47-55 sobrecarga leve, mayores de 55 sobrecarga intensa.¹⁰

¹⁰ Quintanilla M, 2006

6.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor.

PELO	Se encanece y/o se pierde
VISTA	Disminuye la agudeza visual y la habilidad de los ojos para el enfoque. El cristalino se vuelve opaco y pueden aparecer cataratas, disminuye amplitud del campo visual, disminuyen la secreción de lágrimas.
OIDO Y OLFATO	El oído pierde parte de su agudeza y pierde el olfato, se presenta la presbiiacusia y hay acumulación de cerumen.
DIENTES	Los dientes se desinsertan y se caen, las encías menguan. Esto produce una cierta deformidad en la cara.
CEREBRO	Su peso disminuye en un 15% debido a la pérdida y desgaste neuronal, se reduce la memoria y se producen alteraciones en las secreciones hormonales, se presenta deterioro cognitivo de acuerdo al avance de la edad el cual consiste en la disminución de la capacidad para recopilar nueva información por lo que el adulto mayor prefiere no aprender cosas nuevas, pérdida de la capacidad para resolver problemas, lentificación de las acciones y sobre todo se ve dañada la memoria reciente. Presenta alteración en el sueño fase IV y REM.
PULMONES	El volumen de llenado pulmonar se reduce en un 45%. En el caso de los fumadores, también pueden sufrir disnea y problemas bronquiales. Presenta disnea de esfuerzo, el pulmón es menos distensible, disminuye el número de alvéolos, los bronquiolos y conductos alveolares se dilatan, disminuye el calibre de los capilares alveolares, disminuye la tos efectiva y se reduce la actividad ciliar.
CORAZÓN	El ritmo cardíaco disminuye un 35%. Los síntomas de cansancio son más que en edades tempranas de la vida.
SISTEMA INMUNE	Se produce una especie de inmunodeficiencia latente, por lo que se reduce la capacidad para combatir infecciones.
HÍGADO	Su peso disminuye un 37%.
HORMONAS ADRENALE	Los niveles de cortisol, regulador de la glucosa aumentan, provocando trastornos endocrinos como la diabetes.
RIÑONES	Su masa se reduce en un 35%, por lo tanto disminuye el número de nefronas y la filtración glomerular.
SISTEMA URINARIO	Pérdida del tono muscular de la vejiga y uréteres por lo que hay vaciamiento incompleto, aumento en la frecuencia de micciones. Disminución de la capacidad de la vejiga y de la filtración.

FLUJO SANGUÍNEO	Las arterias coronarias se endurecen y presentan resistencia al flujo sanguíneo, por lo que este se reduce en un 50%.
GÓNADAS	Los niveles de andrógenos y estrógenos disminuyen, a su vez, se reduce el libido sexual y se alarga el tiempo necesario para alcanzar el orgasmo. Aumenta el tamaño de la glándula prostática por lo que hay dificultad para iniciar la micción.
MÚSCULOS	La masa muscular se reduce del 20 al 50 %.
HUESOS Y ARTICULACIONES	La pérdida de masa ósea, sobre todo en las mujeres, puede llevar a la osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles, por lo que son frecuentes las fracturas vertebrales y de cadera. Surgen también problemas en las articulaciones.
REFLEJOS	Disminuyen un 15% . Se produce una reducción en la conducción y velocidad de los mensajes nerviosos del Sistema Nervioso Central (SNC), con lentitud en los movimientos y en las reacciones a estímulos.
GASTROINTESTINALES	Estreñimiento, disminución en la salivación, mayor alcalinidad en la saliva, disminución del peristaltismo, atrofia o encogimiento de la mucosa gástrica por lo que hay disminución de la secreción de pepsinógeno y ácido clorhídrico por lo que hay enlentecimiento de la digestión.
PIEL	Uñas gruesas y frágiles, La piel se arruga por una pérdida masiva de colágeno en su capa media y por la pérdida de grasa. También se hace más fina y sensible a las agresiones externas. Por ello, es frecuente que sufran algún tipo de dermatitis. Disminuye la secreción de sebo por las glándulas sebáceas y sudoríparas, aparecen manchas color marrón (litigo senil).
ALTURA	Se reduce la talla en un promedio de 7.5 centímetros y los hombros tienden a encorvarse.

11

¹¹ Elaborado por: Marcela Esmeralda Sánchez Hermenegildo.

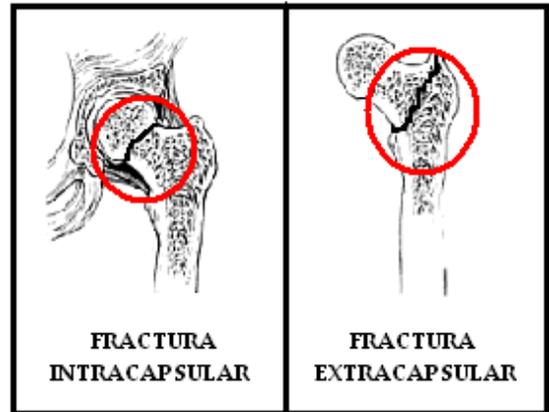
6.3 Fractura de cadera.

Las fracturas de cadera se producen en la proporción significativa de población mayor de 65 años, representan una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad entre la población de la tercera edad.

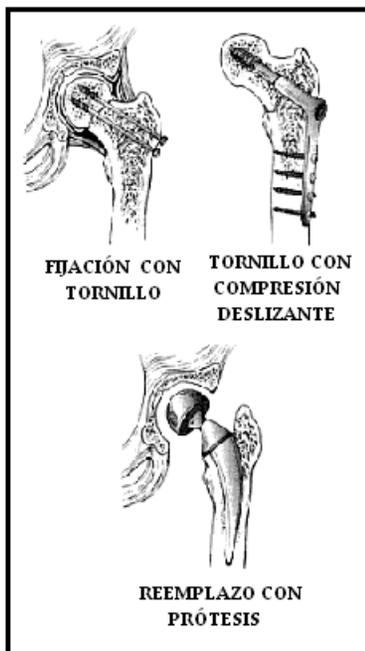
FISIOPATOLOGÍA

La fractura de cadera es una interrupción de la continuidad del extremo superior del fémur (lugar en donde este hueso se une con la cadera).

Existen básicamente 2 tipos de fracturas, las fracturas de la parte proximal del fémur se clasifican como intracapsulares (dentro de la articulación) las que se producen en la cabeza y el cuello del fémur; en estas hay riesgo de la suspensión del aporte sanguíneo vital de la cabeza del fémur lo que provoca una necrosis; o extracapsulares (por lo general intertrocánteras) en la cual la línea de fractura es entre el trocánter mayor y el trocánter menor.¹²



FUENTE IMAGEN: Ward Robert C, 2006



FUENTE IMAGEN: Ward Robert C, 2006

SÍNTOMAS, SIGNOS Y DIAGNÓSTICO

El dolor suele producirse de forma inmediata y el edema aumenta en unas horas además hay hipersensibilidad ósea, equimosis, movimiento reducido o anormal, deformidad o crepitación.

El diagnóstico se establece con un Rx simple en el cual se describe el tipo de línea de fractura, localización de la fractura; angulación; desplazamiento y si se trata de una fractura abierta o cerrada.

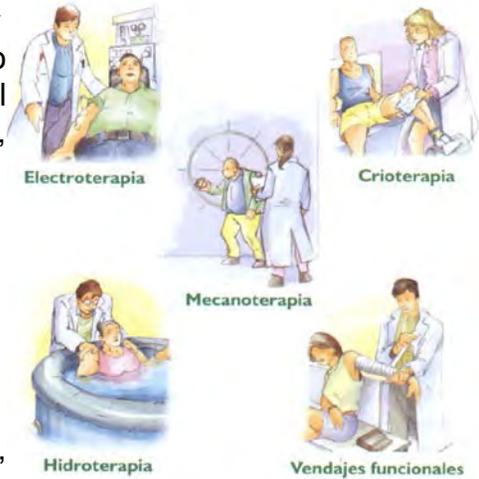
TRATAMIENTO

El tratamiento inmediato incluye analgésicos, férulas y las posibles fracturas abiertas deben ser vendadas de forma estéril, administrar profilaxis frente al tétanos y antibióticos de amplio espectro. El tratamiento quirúrgico puede incluir fijación de los fragmentos de fractura con elementos duros.

¹² Rodríguez M., 2006.

6.4 Rehabilitación.

La *rehabilitación* incluye un programa dinámico activo y un proceso de aprendizaje que tengan por objetivo permitir que una persona enferma o incapacitada logre el grado más alto de autosuficiencia física, mental, social, emocional, educacional, vocacional y económica.¹³



EJERCICIOS TERAPEUTICOS

El ejercicio incluye la función de músculos, nervios, huesos y articulaciones, y también de los sistemas cardiovascular y respiratorio. La recuperación de la función depende del vigor de la musculatura que controla la articulación.

FUENTE IMAGEN:
<https://proyectointegradolourdes.wikispaces.com/ELISA>, 13 Agosto 2011

Objetivos

1. Desarrollar y reentrenar los músculos deficientes.
2. Restablecer la movilidad normal, tanto como sea posible, para evitar deformaciones.
3. Estimular las funciones de diversos órganos y sistemas del cuerpo.
4. Dar fuerza y resistencia.

Logros de los programas de ejercicio

1. Conservar y desarrollar la fuerza muscular.
2. Conservar la función articular.
3. Evitar deformaciones.
4. Reentrenar para la coordinación neuromuscular.
5. Estimular la circulación.
6. Lograr tolerancia y resistencia.

¹³ <http://www.angelfire.com/md2/rehabilitacion/>, 26 Junio 2011.

Tipos de ejercicios



FUENTE IMAGEN:

<http://www.discapacidadonline.com/terapia-fisica-rehabilitacion.html> 13

Agosto 2011

a) *Pasivos*: son los ejercicios que lleva a cabo el terapeuta o la enfermera sin ayuda del paciente.

Propósito:

Conservar tanta movilidad articular como sea posible. Conservar la circulación.

Acción:

a. Estabilizar la articulación proximal y apoyar la porción distal.

b. Mover la articulación con suavidad, lentitud y gentileza en toda la extensión de su movilidad (hacia abajo).

c. Evitar producir dolor.

b) *Activos con ayuda*: Son los ejercicios que hace el paciente con ayuda del terapeuta o la enfermera.

Propósito:

Estimular la función muscular normal.

Acción:

Apoyar la porción distal y estimular al paciente para que lleve la articulación activamente en toda la extensión de su movilidad.

b. Proporcionar sólo la ayuda necesaria para llevar a cabo la acción.

c. Los periodos cortos de actividad deben ir seguidos de periodos adecuados de reposo.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.discapacidadonline.com/terapia-fisica-rehabilitacion.html> 13

Agosto 2011

c) *Activos*: son los ejercicios que lleva a cabo el paciente sin ayuda.



Propósito:

Aumentar la fuerza muscular.

Acción:

- a. Cuando sea posible, los ejercicios activos deben hacerse contra la gravedad.
- b. La articulación se mueve en toda la extensión de su movilidad sin ayuda.
- c. El paciente no debe sustituir jamás el movimiento de la articulación que ejercita con el de otra articulación.
- d. formas activas de ejercicio incluyen girar de un lado a otro, de la espalda al abdomen y moverse hacia arriba y abajo en la cama.

FUENTE IMAGEN:

<http://www.fortalezafisica.com/programa-de-ejercicios-de-rehabilitacion-cardiaca> 13 Agosto 2011



d) *Con resistencia*: son los ejercicios activos que hace que el paciente contra una resistencia producida por medios manuales o mecánicos.

Propósito:

Dar resistencia para aumentar la fuerza muscular.

Acción:

FUENTE IMAGEN:

<http://www.felixdiscanatacion.mx.tl/96510-EJERCICIOS--DE-REHABILITACION.html> 13 Agosto 2011

a. El paciente mueve la articulación en toda la extensión de su movilidad mientras el terapeuta hace ligera resistencia al principio y la aumenta progresivamente.

- b. Pueden utilizarse cojines con arena y pesos colocándolos en el punto distal de la articulación que se ejercita.
- c. Los movimientos deben hacerse con suavidad.

e) *Isométricos o de desarrollo muscular*: contraer y relajar alternativamente un músculo mientras la parte del cuerpo se conserva en posición fija. Este ejercicio lo hace el paciente.

Propósito:

Conservar la fuerza cuando se inmoviliza la articulación.



Acción:

- a. El paciente contrae o tensa el músculo tanto como sea posible sin mover la articulación.
- b. Lo conserva así varios segundos, en seguida lo "suelta" y relaja.
- c. Durante la fase de contracción respira profundamente.

FUENTE IMAGEN:

<http://mhidalgo.olx.com.mx/terapia-fisica-y-rehabilitacion-botox-clinico-y-estetico-fisioterapia-iiid-70807042>

13 Agosto 2011

Ejercicios para los límites de movilidad

Límite de la movilidad es el movimiento de una articulación en su extensión total en todos los planos apropiados. Puede ser pasivo, activo o con resistencia.

Objetivos

Evitar la limitación de la amplitud de movimiento.

Conservar la función y evitar el deterioro.

Conservar o aumentar el movimiento máximo de una articulación.

1. El estudio de los límites de la movilidad lo lleva a cabo el médico para estimar el movimiento que hay en las áreas de la articulación. El estudio ayuda a establecer metas realistas y positivas.
2. El límite de la movilidad del paciente se afecta por su estado físico, el proceso patológico y sus características genéticas.
3. Cada articulación del cuerpo tiene un límite normal de movilidad.
4. Las articulaciones pueden perder su límite normal de movilidad, tornarse rígidas y producir una incapacidad permanente; suele observarse en trastornos neuromusculares, como la hemiplejía.
5. Los ejercicios para la extensión o límite de la movilidad se planean individualmente, ya que hay una amplia variación en los grados de movimiento que pueden realizar los pacientes con diferente estructura corporal y edad.
6. Los ejercicios para la extensión o límite de la movilidad deben hacerse siempre que

haya inactividad física, o condición de que el estado del enfermo lo permita.

Técnicas de amplitud de movimiento

Colocar al paciente en posición supina con sus brazos a los lados y las rodillas extendidas.

Sostener la extremidad en la articulación, por ejemplo, codo, muñeca o rodilla, y mover la articulación con suavidad, lentitud y gentileza en toda su amplitud. Si la articulación es dolorosa (como en la artritis), sostener la extremidad en el área muscular.

Mover cada articulación en toda la amplitud de movimiento tres a cinco veces, por lo menos una, y de preferencia dos veces al día en forma suave, rítmica y lenta.

Evitar mover una articulación más allá de su límite libre de movilidad; no forzar el movimiento; debe cesar en el momento en que haya dolor.

Cuando haya un espasmo muscular doloroso; mover la articulación lentamente hasta el punto de resistencia. En seguida se ejerce presión suave, constante, hasta que se relaja el músculo.¹⁴

Amplitud de movimientos

☞ Abducción: movimiento hacia afuera de la línea media del cuerpo.



FUENTE IMAGEN:
<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>¹³
Agosto 2011

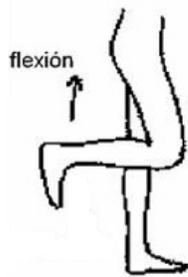
¹⁴ Kisner C, 2005.

☞ Aducción: movimiento hacia la línea media del cuerpo.



FUENTE IMAGEN:
<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13
Agosto 2011

☞ Flexión: doblez de una articulación de tal forma que disminuya su ángulo.



FUENTE IMAGEN:
<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13
Agosto 2011

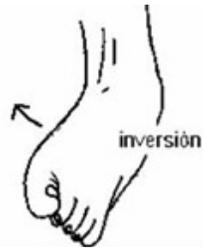
☞ Extensión: movimiento inverso de la flexión; aumenta el ángulo de la articulación.

extensión



FUENTE IMAGEN:
<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13
Agosto 2011

☞ Inversión: movimiento en que se gira la planta del pie hacia adentro.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13

Agosto 2011

☞ Eversión: movimiento en que se gira la planta del pie hacia afuera.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13

Agosto 2011

☞ Dorsiflexión: flexión o encorvamiento del pie hacia la pierna.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13

Agosto 2011

☞ Flexión plantar: flexión o encorvamiento del pie en dirección de la planta.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm>13

Agosto 2011

☞ Pronación: giro del antebrazo de tal forma que la palma de la mano mire hacia abajo.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm13>

Agosto 2011

☞ Supinación: giro del antebrazo de tal forma que la palma de la mano esté hacia arriba.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm13>

Agosto 2011

☞ Rotación: giro o movimiento de una parte alrededor de su eje.

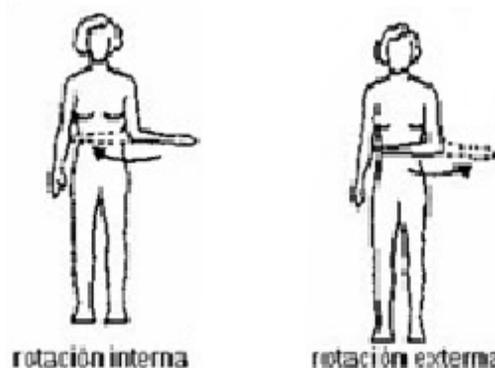


FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm13>

Agosto 2011

☞ Interna: giro hacia adentro, al centro. Externa: giro hacia afuera, separándolo del centro.



FUENTE IMAGEN:

<http://www.elitearteydanza.com.ar/enciclopedia-biomecanica-apartado-05-movimientos.htm13>

Agosto 2011

6.5 Masoterapia.

Este tratamiento es complementario a la terapia de rehabilitación, el cuál consiste en técnicas manuales o mecánicas que movilizan los tejidos con un fin preventivo, higiénico o terapéutico. Los efectos que este tratamiento tiene se ven reflejados en forma local y general y en afecciones del aparato locomotor, cardiorrespiratorio, circulatorio y sistema nervioso.

TIPOS DE MASAJES

TIPOS	TÉCNICA DEL MASAJE
<p data-bbox="240 705 427 737">FROTACIÓN</p> 	<p data-bbox="545 705 1352 852">Masaje superficial, suave, se desliza la palma de la mano sobre la piel, la dirección del masaje es por lo regular centrípeta o bien cuando se actúa sobre un músculo se sigue el sentido de sus fibras.</p> <p data-bbox="545 894 1352 1104">La presión que se ejerce debe ser gradual, suave y uniforme. La frotación superficial es básicamente analgésica o calmante y actúa como relajante muscular. La frotación profunda, es decir deslizar la mano de forma más energética, tiene como función el favorecer la circulación y ayudar a eliminar el edema y la estasis.</p>
<p data-bbox="248 1220 402 1251">FRICCIÓN</p> 	<p data-bbox="545 1146 1352 1251">En esta no se desliza la mano sobre la piel, sino que se adhiere a la piel y se moviliza sobre los planos subyacentes tanto como lo permita su elasticidad.</p> <p data-bbox="545 1293 1352 1398">Este se realiza con las puntas de los dedos, la yema del pulgar o el talón de la mano. La dirección es circular, longitudinal o en estrella.</p> <p data-bbox="545 1440 1352 1661">Sus efectos son actuar sobre las cicatrices liberando los tejidos fibróticos adheridos, favorecer el drenaje de edemas y hematomas, favorecer la absorción de exudado, reducir el espasmo muscular, actuar sobre los procesos inflamatorios periarticulares y provocar efectos reflejos sobre los puntos gatillo al presionar sobre ellos.</p>

AMASAMIENTO



Consiste en maniobras que comprimen y movilizan los músculos y los tendones bajo los dedos de la mano. Se utilizan una o las dos manos para abarcar el grupo muscular entre el pulgar y los cuatro dedos restantes; se presiona y posteriormente se suelta, con un movimiento circular o de estiramiento al terminar la maniobra. Las manos se mueven desde la inserción distal del músculo hasta la proximal, con maniobras perpendiculares o paralelas en dirección de las fibras musculares, que se van relajando y distendiendo.

Su función es favorecer la circulación, reblandecer las adherencias y tejidos fibróticos que se encuentran en la piel y los tejidos subcutáneos de las zonas tratadas.

PERCUSIÓN



Consiste en el golpeo energético de los tejidos con las manos relajadas y con movimientos rápidos alternantes. Estos se pueden realizar con las palmas de las manos, con el borde cubital, con la eminencia hipotecar y con la yema de los dedos. Se inicia débilmente y se va aumentando la intensidad de forma gradual. Las manos actúan alternadamente, una permanece en reposo mientras otra trabaja.

Su función es estimular las terminaciones nerviosas periféricas y favorecer un flujo sanguíneo más activo y una mayor irrigación muscular.

PELLIZCAMIENTO



Consiste en asir entre el pulgar y el índice un repliegue cutáneo. Esta técnica se usa en la celulitis.

VIBRACIÓN



Este consiste en apoyar la mano firmemente sobre la zona a tratar, esto provoca una vibración, el movimiento se realiza desde el codo por medio del antebrazo.

Su principal efecto es sedante y relajante.

15

¹⁵ Elaborado por: Marcela Esmeralda Sánchez Hermenegildo.

6.6 Depresión

Es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al paciente como a las personas que lo rodean.



Es más frecuente en la edad avanzada, especialmente en el género femenino, con prevalencia de 5.8 a 10 % en México.¹⁶

FUENTE IMAGEN:

<http://psicologiaypsicodiagnostico.blogspot.com/2010/07/depresion-en-el-adulto-mayor.html> 13

Agosto 2011

SIGNOS

- ☞ Ánimo deprimido todo o casi todo el día.
- ☞ Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- ☞ Aumento o pérdida de peso de más del 5% del peso corporal en un mes.
- ☞ Insomnio o hipersomnia casi todo el día.
- ☞ Agitación psicomotora o enlentecimiento.
- ☞ Fatiga o pérdida de la energía casi todo el día.
- ☞ Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- ☞ Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones.
- ☞ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- ☞ Ansiedad
- ☞ Quejas somáticas inexplicables de diversas enfermedades.
- ☞ Aislamiento social

¹⁶ <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Depresionpdf>, 13 Agosto 2011.

DIAGNÓSTICO

El DSM-IV contiene criterios diagnósticos para cada nivel de depresión: cuando la persona presenta mínimo 4 de los 10 síntomas refiere nivel leve, 6 de los 10 síntomas el nivel moderado, 8 de los 10 síntomas nivel grave. Estos síntomas debe presentarlos por un periodo de 2 semanas mínimo para tomarlos en cuenta y así establecer el diagnóstico, los cuales son:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso sin hacer algún régimen para ganar o perder el mismo (p.ej. un cambio del 5% del peso corporal en 1 mes), pérdida o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi todo el día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotriz.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o decidir.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.
10. Pérdida de la autoestima.¹⁷

TRATAMIENTO

El tratamiento se divide en farmacológico y no farmacológico. En cuanto a la terapia no farmacológica se ha encontrado que la terapia cognitiva conductual, la interpersonal y la terapia breve psicodinámica son efectivas en los pacientes con depresión moderada o crónica, o en los pacientes que tienen contraindicaciones para el tratamiento farmacológico con antidepresivos.

¹⁷ Lopez-Ibor AJ, 2002.

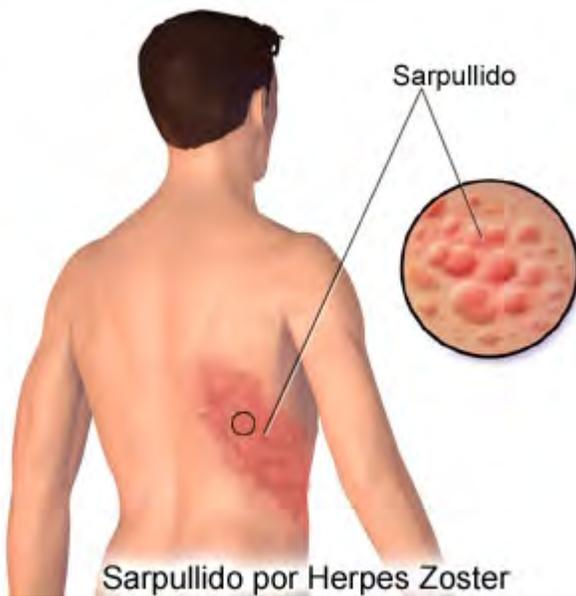
ANTIDEPRESIVO		DOSIS (MG.)	MECANISMO DE ACCIÓN
Tricíclicos	Imipramina	50-150	Ejerce los efectos sobre la distimia melancólica; incrementa el impulso y la iniciativa, por ello es útil para la depresión inhibida e involutiva; mejora las ideas de culpa, autocompasivas, irritabilidad, inhibición psicomotora, dificultad de concentración, hipocondriasis y cuadros histéricos.
	Amitriptilina	50-150	
	Clomipramina	75-150	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.	Fluoxetina	10-50	Alteran los niveles de serotonina en el cerebro, al igual que otros neurotransmisores del cerebro, ayuda a las células del cerebro a comunicarse entre sí.
	Sertralina	50-150	
	Paroxetina	10-40	
	Citalopram	20-40	
	Fluvoxamina	100-300	
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Fenelcina	15-60	Inhibe las monoaminoxidasas, impide la metabolización suficiente de la tiramina.
	Tranilcipromina	20-40	
Dopaminérgico	Bupropión	150-300	Inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina.
Antagonistas serotoninérgicos	Mirtazapina	15-45	Aumenta la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica a nivel central.
Duales	Duloxetina	20-60	inhibidor de la recaptación de la serotonina y de la norepinefrina. También afecta levemente a la reabsorción de la dopamina .
	Venlafaxina	75-225	

Es posible con la psicoterapia mejorar o cambiar esquemas que afectan la adaptación o la respuesta a situaciones vitales de las personas. En la terapia cognitiva conductual, el paciente trabaja con el psicoterapeuta en la identificación de pensamientos automáticos que producen estados emocionales negativos para la persona. Este trabajo se hace a compañía de intervenciones conductuales, como tareas semanales, registro de actividades y reestructuración cognitiva.

El tratamiento farmacológico tiene 3 fases; fase aguda, continuación y mantenimiento. Los fármacos utilizados se dividen de acuerdo a su acción bioquímica, blanco y mecanismo de acción

6.7 Herpes Zoster.

Infección causada por el virus herpes humano de tipo 3 que produce la varicela y el herpes zóster, la varicela es la fase invasiva del virus y el herpes zóster es la fase de latencia.



FUENTE IMAGEN:
<http://curaparaherpes.org/herpes-zoster-contagio> 13 Agosto 2011

El herpes zóster provoca la inflamación de los ganglios radiculares sensitivos, la piel del dermatoma, las astas posteriores y anteriores de la sustancia gris, las meninges y las raíces dorsales y ventrales.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

La zona afectada presenta un dolor lancinante, distésico, suele seguirse un exantema en 2-3 días en forma de brote de vesículas. Las lesiones continúan apareciendo durante 3-5 días.

DIAGNÓSTICO

El principal es el exantema característico y dolor típico a lo largo de los dermatomas.¹⁸

TRATAMIENTO

Este consiste en antivíricos orales reduce la gravedad y la duración de la erupción aguda, este debe iniciarse lo antes posible. Fam ciclovir (500 MG. tres veces al día durante 7 días), valaciclovir (1 gr. tres veces al día durante 7 días) y aciclovir (800 MG. cinco veces al día durante 7 – 10 días). Mecanismos de acción: impide la replicación viral, lo cual disminuye la extensión y duración de la enfermedad. Efectos adversos: inflamación en el sitio de inyección, náusea, vómito, prurito, ras, fotosensibilidad.

Corticosteroides el cual durara de acuerdo a la frecuencia de curación y resolución del dolor agudo.

¹⁸ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000858.htm>, 13 Agosto 2011.

6.8 Estreñimiento

Es un síntoma que consiste en menos de tres deposiciones al día. La causa puede ser un aporte inadecuado de fibra o agua en la dieta, efecto secundario de fármacos, problemas metabólicos y endocrinos, sedentarismo o inactividad física, problemas neurológicos, una enfermedad local o sistémica que afecte al intestino y un trastorno funcional o un síndrome de intestino irritable.

SÍNTOMAS

- ☞ Esfuerzo.
- ☞ Deposiciones grumosas o duras.
- ☞ Sensación de evacuación incompleta.
- ☞ Sensación de obstrucción ano rectal.
- ☞ Menos de tres deposiciones al día.

DIAGNÓSTICO

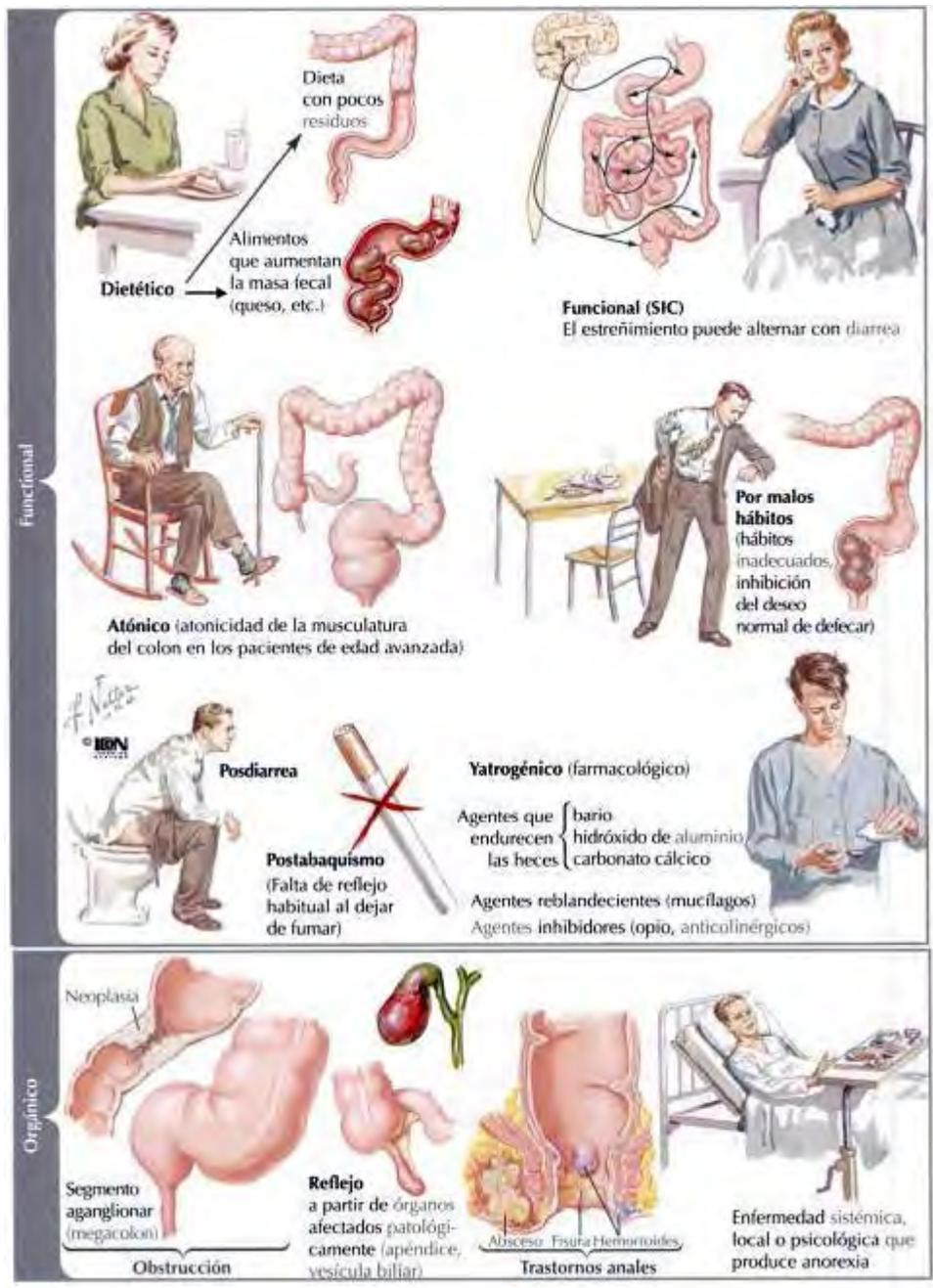
Por clínica el paciente refiere esfuerzo excesivo para defecar, heces duras y grumosas, evacuación incompleta, sensación de bloqueo anorrectal y necesidad de maniobras manuales para defecar.

Se deben de realizar diversos exámenes como son: un estudio del intestino con bario y el tiempo de tránsito con marcadores radioopacos o gammagrafía del colon, evaluar la función ano rectal con una inspección del área, manometría rectal y defecografía.¹⁹

TRATAMIENTO

- ☞ Tratamiento dietético: aumentar la fibra en la dieta hasta 25 g. de forma gradual, ya sea con un cereal en la mañana, frutas y verduras (5 porciones). Aumentar la ingesta de líquidos al día.
- ☞ Tratamiento farmacológico: emolientes, lubricantes, estimulantes, agentes hiperosmolares y agentes procinéticos.

¹⁹ F. Javier Laso, 2005.



FUENTE IMAGEN:
Netter H. Frank , 2006, 13 Agosto 2011

6.9 Duelo.

Las personas mayores se enfrentan a grandes pérdidas en un corto periodo lo cual sobrecarga la capacidad de adaptarse de la mayoría. La mayoría de las causas es la pérdida del cónyuge o de alguien cercano a la persona, un objeto significativo o el trabajo.

Fases:

- ☞ Shock: La longitud de esta fase es proporcional al grado de unión con el difunto, la causa de muerte y el que haya o no personas que apoyen. Las características principales son la incredulidad, confusión, intranquilidad, sentimientos de irrealidad, regresión y estado de alarma.
- ☞ Conciencia de la pérdida: La persona presenta ansiedad de separación, conflictos, estrés prolongado, buscan a la persona perdida, anhelo, llanto, enfado, frustración, culpa, vergüenza, alteración del sueño, incredulidad y negación. Incluso la persona menciona haber visto al ser amado, esto suele reconfortar a la persona en duelo.
- ☞ Conservación y retiro: Debido a lo agotadora que es la fase dos, se llega a un límite y se pasa a la fase tres para conservar la energía e incluso suele parecer depresión. La persona se retira, desespera, siente debilidad, fatiga, mayor necesidad de dormir y sistema inmune debilitado. Al final de esta fase la persona toma uno de estos caminos seguir adelante, quedarse así o morir.
- ☞ Cicatrización: Se asume el control, mayor energía, recuperación del sueño, perdón, olvido, búsqueda del significado, cierre del círculo y esperanza.
- ☞ Renovación: La persona alcanza un nivel de autoconciencia, acepta responsabilidades y aprende a vivir sin la persona querida.²⁰

6.10 Onicomicosis.

²⁰ Mary M. y Mary B; 1998.

Es una infección micótica causada por muchas especies de hongos y afecta a las uñas de los pies y manos. La prevalencia aumenta con la edad.

SÍNTOMAS

Uñas de coloración blanquecina o amarillenta, quebradas, frágiles y deformes. Conforme al avance de la micosis, se observa la separación de la lámina ungueal del lecho de la uña. En ocasiones se acompaña de dolor o incomodidad.

DIAGNÓSTICO

- ☞ Examinar todas las uñas y los pies para descartar otras enfermedades que la imitan.
- ☞ Se realiza un examen con hidróxido de potasio.
- ☞ La uña pierde su color rosado normal, se vuelve gruesa y amarilla o blanca.
- ☞ Un cultivo micótico para establecer que tipo de hongo es para poder indicar el tratamiento correcto.

TRATAMIENTO

Terbinafina, 250 mg. diarios por 6 semanas en las uñas de las manos y por 12 en los pies. Durante 1 semana si y 3 no dos veces al día.

Fluconazol 300 mg una vez a la semana por 6 – 9 meses.²¹

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

²¹ Habib P. Thomas, 2006.

7.1 Valoración

La siguiente valoración se realizó con una fuente directa aplicando un cuestionario a la paciente Sra. Alicia y a la Sra. Josefina.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: Sra. Alicia.

EDAD: 93 años.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: postoperada de fractura de cadera, deterioro cognitivo leve, depresión, herpes zoster, insomnio, estreñimiento

OCUPACIÓN: Jubilada, Patóloga del IMSS.

RELIGIÓN: Católica.

LUGAR DE RESIDENCIA: México D.F.

DOMICILIO: Cerrada del Arenal # 52^a, Colonia El arenal.

TELÉFONO: 56-75-17-76

INFORMANTE: Josefina G. M.

OCUPACIÓN: Trabajadora doméstica.

RELIGIÓN: Católica.

La Sra. Alicia adulta mayor de 93 años de edad , soltera, jubilada del seguro social, originaria del DF, sufre caída en hogar lo cual ocasiona fractura de cadera del lado izquierdo, se coloca implante intramedular en fémur izquierdo, sustituyendo la cabeza del fémur , trocante mayor y el trocante menor. Solicita el SEUH para el apoyo en ABVD. Se inicia con uso de analgésicos, terapia cognitiva y de rehabilitación.

Se realiza evaluación multidimensional de las necesidades con el instrumento del SEUH, obteniendo resultados de depresión, lo cual es tratado farmacológicamente. Cambios de conducta pasando por ansiedad, nerviosismo hasta la agitación tratada también farmacológicamente. Pérdida de la memoria inmediata y reciente. Se realiza cálculo de IMC talla de 155 cm peso de 36 Kg. obteniendo un IMC bajo de 14.98 Kg./m².

VALORACIÓN POR NECESIDADES

OXIGENACIÓN

FR: 22 x'.

FC: 90 x'.

T/A: 100/70 mmHg.

Presenta vía aérea permeable, narinas limpias sin presencia de moco, campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores, movimiento toracoabdominal sin compromiso, llenado capilar de menos de 2 segundos. La Sra. Alicia presenta ahogamiento al pasar sólidos secos, necesita tomar abundantes líquidos.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 36 Kg.

Talla: 155cm

La Sra. Alicia consume una dieta blanda, rica en azúcares, come en porciones pequeñas, la trabajadora doméstica Josefina le prepara los alimentos que son del agrado de la paciente, casi no consume frutas ni verduras.

La Sra. Alicia presenta una pérdida parcial de dientes, no usa prótesis dentaria, lengua rosada, mucosas orales hidratadas, presenta dificultad para tragar los alimentos sólidos y semisólidos, prefiere comer en su recámara, come sola, se le realizó la mini valoración nutricional en donde obtuvo un puntaje de 10.5 puntos (Desnutrición calórico proteica).

La Sra. Alicia realiza tres comidas al día, pero entre comidas consume chocolates, café y dulces.

ELIMINACIÓN

☞ ELIMINACIÓN URINARIA

La Sra. Alicia micciona 1500 ml aproximadamente en 24 hrs., lo que da un gasto urinario de 1.7 ml/Kg./hr, con una frecuencia de 9 a 11 veces al día. Las características son color amarillo ámbar, con olor característico y cantidad moderada. En las noches presenta nicturia por lo que la persona que la cuida no descansa bien, y en ocasiones moja la cama en la noche, se usan protectores de cama, durante el día usa pañal y presenta incontinencia por dificultad de movimiento. Presenta edema de +++ en miembro inferior izquierdo y de ++ en el miembro inferior derecho.

☞ ELIMINACIÓN FECAL

El abdomen es semiblando, se palpaban heces compactadas, presenta meteorismo y estreñimiento. Las heces son de color café oscuro, con olor característico, duras. Para evacuar si prefiere ir al sanitario. Para poder evacuar toma laxantes, pero abusa de estos.

MOVILIDAD Y POSTURA

En la pelvis del lado izquierdo presenta herida quirúrgica en etapa final de cicatrización, ya que

la paciente fue operada por fractura de cadera. El miembro pélvico derecho se observa íntegro. El miembro pélvico izquierdo se observa con dificultad para caminar no apoya completamente el pie, presenta dolor al realizar movimientos de abducción y aducción, rotación interna y externa, flexión plantar. No puede realizar la flexión dorsal y a que presenta contractura del músculo tibial anterior y de la rama profunda y superficial.

Debido a lo anterior la paciente prefiere permanecer sentada en un sillón la mayoría del tiempo, evitar moverse y realizar actividad física. Presenta contractura de cuello y espalda en los músculos: romboide mayor, trapecio, es ternocleidomastoideo, esplenio, romboides menor, elevador de la escápula y deltoides.

Se aplicó la escala de actividades físicas de NAGI donde se encontró que la paciente presenta: dificultad para levantar objetos de un peso menor de 5 Kg., no puede permanecer parada más de 15 minutos, no puede mover objetos grandes, no puede encorvarse, agacharse ni arrodillarse. Presenta dificultad para cambiar de posición.

Se le realizó la escala de marcha y balance de TINNETI en la que se obtuvo un puntaje de 4 lo cual indica un alto riesgo de caídas.

No presenta úlceras por presión. Presenta edema en miembros pélvicos derecho de ++ e izquierdo de ++++. La Sra. Alicia cuenta con andadera pero ella se niega a caminar, solo lo hace cuando es necesario.

No realiza terapias ocupacionales, se niega a realizar las terapias de rehabilitación.

DESCANSO Y SUEÑO

Se aplicó la escala de somnolencia de EPWORTH; en la cual se obtuvo que la paciente presenta somnolencia excesiva diurna ya que el puntaje fue de 24 puntos.

En la escala de ATENAS de insomnio obtuvo una puntuación de 17 puntos, lo cual indica que presenta insomnio ya que refiere tener dificultad para dormir, se despierta temprano a pesar no haber dormido bien, presenta nicturia y ansiedad en las noches. En el transcurso del día refiere tener sueño, no desea realizar actividades.

Toma medicamento: ATIVAN 2 MG al día por la noche, media hora antes de dormir.

VESTIDO

La Sra. Alicia presenta dificultad para vestirse y desvestirse, para abrochar la ropa, no puede colocarse la ropa de la parte inferior, calcetines y zapatos. Tampoco puede obtener las prendas de vestir. La paciente durante el día usa pañal, camiseta de manga larga, bata de dormir, calcetas y pantuflas, según la Sra. Josefina para facilitar cambiarla y que se siente en el sanitario.

TERMORREGULACIÓN

Temp.: 36 °C, tomada en axila.

Esta necesidad no esta alterada.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

☞ Higiene bucal.

La Sra. Alicia presenta pérdida parcial de dientes, de pigmentación grisácea, lengua rosada, el lavado de dientes lo realiza cada vez que se lo recuerdan, mínimo una vez al día.

☞ Higiene corporal.

La Sra. Alicia se baña una vez al mes con ayuda de la Sra. Josefina, ella refiere que la paciente no desea que la bañen y que trata de convencerla pero la paciente no accede. El pañal se cambia 2 veces al día y el cambio de ropa es cada semana. El cabello es corto y grasoso, teñido, con buena implantación, se lo cortan cada 2 meses. Se observan uñas largas y sucias en pies, además de tener micosis y mal olor; también presenta uñas largas y sucias en las manos. Los genitales son aseados por la paciente en la mañana con toallas húmedas y cuando ocasionalmente va al sanitario se asea con agua y jabón.

EVITAR PELIGROS

La Sra. Alicia no utiliza anteojos ya que menciona que los que tiene no le son útiles, presenta un peso de 36 Kg. lo cual refiere un peso bajo, deterioro bucal, ahoga miento al ingerir alimentos sólidos o semisólidos. Sedentarismo, dolor en cuello y espalda, así como en la región del coxis. Presenta un alto riesgo de intoxicación debido a la polifarmacia y a que almacena medicamentos caducos.

Tiene indicados los siguientes:

Cefalexina 500 MG cada 8 hrs., Tramacet 362.5 MG. cada 8 hrs., Diclofenaco 100 MG. cada 24 hrs, Omeprazol 20 mg cada 24 hrs, pradoxar 75 mg 2 tab cada 24 hrs, Nirtazapina 15 mg cada 24 hrs, Quetiapina 25 mg. cada 24 hrs, Ativan 2 mg. cada 24 hrs, laxante (leche de magnesia).

La Sra. Alicia cuenta con una silla de ruedas y andadera. Los pisos están alfombrados (recamara) y con mármol (resto de la casa), el baño no cuenta con barras de apoyo y el azulejo es muy resbaloso, tiene escalones muy altos, tapetes movibles y el espacio es muy reducido. El excusado tiene un adaptador de altura. La recamara tiene una iluminación adecuada.

COMUNICACIÓN

La Sra. Alicia no presenta dificultad para comunicarse con los demás, solo que no tiene con

quien convivir ya que su familia (Hermana) casi no la visita, con la Sra. Josefina establece una comunicación normal.

Se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage obteniendo un puntaje de 23 puntos, lo cual indica una depresión grave. Además la paciente presenta episodios de agresividad los cuales empiezan cuando no se hace lo que la paciente desea, comienza a gritar e insultar a las personas a su alrededor e incluso a agredir físicamente.

CREENCIAS Y VALORES

La Sra. Alicia es de religión católica, antes del incidente ella solía ir a misa los miércoles y domingos; ahora reza todos los días, en su casa hay cuadros de imágenes religiosas.

Se aplicó el inventario de autoestima de COOPERSMITH en el cual obtuvo 24 puntos lo que indica una baja autoestima.

TRABAJAR Y REALIZARSE

La Sra. Alicia trabajó en el Hospital General, Hospital de Especialidades de La Raza y en su consultorio particular, es jubilada del Seguro Social. Depende de su hermana quien administra sus cuentas y realiza los pagos de gastos de la casa. La paciente expresa que se siente inútil, no desea realizar actividades.

RECREACIÓN

La Sra. Alicia se encuentra sentada en su sillón la mayor parte del tiempo, dormida, a veces ve la televisión o escucha el radio. Se muestra atenta y despierta cuando llega su hermana a visitarla ocasionalmente. No muestra interés para realizar otras actividades.

APRENDIZAJE

Se aplicó el examen modificado de Folstein obteniendo un puntaje de 24 puntos lo cual indica normalidad. Pero al paso del tiempo se observó un deterioro cognitivo que se manifestó con frases repetitivas, olvido de actividades recientes, salidas y visitas de familiares o amigos; por lo que se aplicó nuevamente obteniendo un puntaje de 22 lo cual indica un deterioro cognitivo leve.

Conoce su estado de salud y los cuidados que debe realizar, así como ciertos medicamentos. Los medicamentos que no conoce los revisa en el VADEMECUM. A pesar de conocer los cuidados no desea realizarlos.

Los estudios que realizó fueron la Licenciatura en Medicina y la especialidad en Patología.

7.2 Datos de dependencia e independencia

Dx: _postoperada de fractura de cadera, deterioro cognitivo leve, depresión, herpes

zoster, insomnio, estreñimiento.

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<p><u>1.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ P.O. de fractura de cadera. ☞ Miembro pélvico izquierdo con dificultad para caminar, no lo apoya completamente. ☞ Dolor en miembro pélvico izquierdo al realizar movimiento de abducción, aducción, rotación interna, rotación externa y flexión plantar. ☞ No puede realizar flexión dorsal con el miembro pélvico izquierdo. ☞ Sedentarismo. ☞ Contractura de cuello y espalda: romboide mayor, trapecio, esternocleidomastoideo, esplenio, romboides menor, elevador de la escápula y deltoides. ☞ De acuerdo a la escala de actividades físicas de NAGI la paciente que la paciente presenta: dificultad para levantar objetos de un peso menor de 5 Kg., no puede permanecer parada más de 15 minutos, no puede mover objetos grandes, no puede levantar objetos grandes, no puede encorvarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Miembro pélvico derecho sin problemas para la movilidad.
NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ agacharse ni ar rodillarse. Presenta di ficultad para cambiar de posición. ☞ En la escala de marcha y balance de TI NNETI obtuvo un puntaje de 4 l o cual indica un al to riesgo de caídas. ☞ Presenta edem a en miembros pél vicos derecho de + + e izquierdo de +++. <p>Se niega a caminar.</p>	
<u>2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.</u>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dieta rica en azúcares, chocolate y café. ☞ Ingiere pocas frutas y verduras. ☞ Pérdida parcial de dientes, no usa prótesis. ☞ Dificultad para ingerir alimentos sólidos y semisólidos. ☞ Mini valoración nutricional con puntaje de 10.5, desnutrición calórico proteica. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Mucosa or al rosada. ☞ Los al imentos son de s u agrado. ☞ Lengua rosada. ☞ Ingesta adecuada de líquidos.
<u>3.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.</u>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dientes con pigmentación grisácea. ☞ Lavado de dientes 1 vez al día. ☞ Baño 1 vez al mes. ☞ Cambio de ropa 1 vez por semana. ☞ Cabello grasoso. ☞ Pies con mal olor, micosis y uñas largas. ☞ Manos con uñas largas y sucias. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Realiza aseo de región per ineal diariamente.
<u>4.- OXIGENACIÓN</u> NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ☞ F.R: 22 x min. ☞ F.C: 90 x min. ☞ T.A: 100/70 mmHg. <p style="text-align: center;">DATOS DE DEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Campos pulmonares ventilados <p style="text-align: center;">DATOS DE INDEPENDENCIA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Presenta ahogamiento al ingerir alimentos semisólidos y sólidos sin líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Llenado c apilar de m enos de 2 segundos. ☞ Vía aé r ea permeable. ☞ Narinas s in presencia de moco.
<p><u>5. -ELIMINACIÓN.</u></p>	<p><i>Urinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Micciona en el pañal, cómodo y ocasionalmente en el sanitario. ☞ Presenta nicturia por lo que moja la cama y su ropa. ☞ Presenta edema en miembros inferiores. ☞ Incontinencia urinaria por dificultad de movimiento. ☞ En oc asiones no l lega al sanitario a tiempo o av isa cuando l a ur gencia es demasiada. <p><i>Fecal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Padece de estreñimiento ☞ Características de las heces son de color café, compactadas, duras, con olor característico. ☞ Toma laxante, pero abusa del mismo. ☞ Presenta meteorismo. 	<p><i>Urinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Micciona a prox. 1500 ml al día. ☞ De características, color ámbar, con ol or característico. ☞ Avisa c uando quiere miccionar. <p><i>Eliminación Fecal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Avisa cuando quiere evacuar. ☞ Evacua en el sanitario.
<p>NECESIDADES</p>	<p>DATOS DE DEPENDENCIA</p>	<p>DATOS DE INDEPENDENCIA</p>

<p><u>6.- COMUNICACIÓN.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No tiene buena comunicación con su familia ya que no la visitan. ☞ Escala de depresión geriátrica de Yesavage obteniendo 23 puntos, lo que señala una depresión grave. ☞ Episodios de agresividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No tiene dificultad para comunicarse.
<p><u>7- EVITAR PELIGROS.</u></p> <p>NECESIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Peso corporal de 36 Kg. ☞ Mala higiene oral. ☞ Mala higiene corporal. ☞ Debe usar anteojos pero no los utiliza. ☞ Presenta ahogamiento al ingerir alimentos sólidos o semisólidos. ☞ Sedentarismo. ☞ Dolor en cuello y espalda, así como en la región del coxis. Presenta un alto riesgo de intoxicación debido a la polifarmacia y a que almacena medicamentos caducos, abuso de laxante. <p>Tiene indicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Cefalexina 500 M G cada 8 hr s., Tramacet 362.5 MG. cada 8 hr s., Diclofenaco 100 M G. cada 24 hr s., Omeprazol 20 M G cada 24 hr s., pradoxar 75 MG 2 tab. <p>DATOS DE DEPENDENCIA</p>	<p><i>Aditamentos con los que cuenta.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Silla de ruedas. ☞ Andadera. ☞ Adaptador de altura en el excusado. ☞ Habitación con buena iluminación. <p>DATOS DE INDEPENDENCIA</p>

	<p>cada 24 hr s., Nirtzapina 15 MG cada 24 hrs., Quetiapina 25 M G cada 24 hr s., Activan 2 MG. cada 24 hrs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Los pisos están alfombrados y con mármol. ☞ El baño no cuenta con barras de apoyo y el azulejo es muy resbaloso, tiene escalones muy altos, tapetes movibles y el espacio es muy reducido. 	
<p><u>8.- DESCANSO Y SUEÑO.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ En la escala de de somnolencia de Epworth; obtuvo 25 puntos lo que refiere una somnolencia excesiva diurna. ☞ En la escala Atenas de insomnio presento una puntuación de 17 (presenta insomnio). ☞ Dificultad para dormir. ☞ Presenta nicturia y ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ambiente adecuado para favorecer el sueño.
<p><u>9.-VESTIDO</u></p> <p>NECESIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dificultad para vestirse y desvestirse. ☞ Dificultad para abrocharse la ropa. ☞ No puede colocarse la ropa de la parte inferior, calcetines y zapatos. ☞ No puede obtener prendas de vestir. <p>DATOS DE DEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se puede colocar ropa de la parte superior. <p>DATOS DE INDEPENDENCIA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Usa bata de dormir, camiseta de manga larga, pañal, calcetines y pantuflas. ☞ Cambio de ropa cada semana. 	
<u>10.-TRABAJAR Y REALIZARSE</u>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dificultad para el movimiento. ☞ Dependencia de otras personas para desplazarse. ☞ Falta de interés en la realización de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Cuenta con silla de ruedas. ☞ Cuenta con andadera.
<u>11- RECREACION.</u>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dificultad para el movimiento ☞ Falta de participación y de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ve la televisión y escucha la radio.
<u>12.- APRENDIZAJE</u> NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Conoce su estado de salud y los cuidados que debe realizar. ☞ Olvido de actividades recientes, orientación en tiempo. <p style="text-align: center;">DATOS DE DEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se realizó el mini examen mental de Folstein modificado en donde obtuvo una puntuación de 22 puntos (deterioro cognitivo leve). ☞ No realiza los cuidados que debe tener aunque los conozca. <p style="text-align: center;">DATOS DE INDEPENDENCIA</p>

<p align="center"><u>13.- CREENCIAS Y VALORES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Antes de la caída asistía a misa los miércoles y domingos. ☞ Se le realizó la escala de inventario de autoestima de Coopersmith en la que obtuvo 24 puntos (baja autoestima). 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Es de religión Católica. ☞ Escucha la misa por la radio. ☞ Su hogar presenta imágenes, cuadros, religiosos.
<p align="center"><u>14.- TERMORREGULACIÓN</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No presenta alteración en esta necesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Temperatura de 36 °C. ☞ Tomada en axila.

7.3 Necesidad más afectada.

Movimiento y mantenimiento de la postura adecuada es la necesidad más afectada ya que presentó fractura de cadera del lado izquierdo, no apoya completamente el pie, presenta dolor al realizar movimientos de abducción y aducción, rotación interna y externa, flexión plantar. No puede realizar la flexión dorsal ya que presenta contractura del músculo tibial anterior y de la rama profunda y superficial. Presenta dificultad para mantener el equilibrio.

Expresión de las necesidades y comunicación ya que varias de las actividades y terapias que son necesarias para su rehabilitación no las realiza por cuestiones psicológicas, lo cual dificulta su recuperación.

7.4 Diagnósticos de enfermería.

NECESIDAD AFECTADA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
--------------------	---------------------------

Comer y beber adecuadamente	<p>00002 Desequilibrio nutricional relacionado con dificultad para la masticación, alimentación rica en azúcar como chocolates y dulces manifestado por bajo índice de masa corporal.</p> <p>00103 Deterioro de la deglución manifestado por regurgitación del contenido gástrico y atragantamiento.</p> <p>00048 Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por falta parcial de dientes.</p>
Eliminar los desechos del organismo	<p>00110 Deterioro en el uso del WC relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por incapacidad para llegar, sentarse y levantarse del WC, manipular la ropa.</p> <p>00011 Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimentarios, actividad física insuficiente manifestado por defecación dificultosa, disminución de la frecuencia, eliminación de heces duras.</p> <p>00017, 0020 Incontinencia urinaria funcional y de esfuerzo relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por salida involuntaria de la orina en diferentes cantidades.</p>
Movilidad y mantenimiento de la postura adecuada	<p>00085 Deterioro de la movilidad física, relacionado con dolor, sedentarismo, fracturas óseas manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución en las ABVD, cambios en la marcha y el balance y enlentecimiento del movimiento.</p> <p>00088 Deterioro de la deambulación relacionado con dolor, sedentarismo, fracturas óseas, depresión manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar sobre una superficie regular, sobre superficies</p>

	<p>desiguales, caminar sobre un plano inclinado ascendente y descendente, sortear obstáculos.</p> <p>00090 Deterioro de la habilidad para la traslación relacionado con intolerancia a la actividad, reducción de la fuerza y resistencia, dolor o molestias, dolor neuromusculoesquelético, depresión, ansiedad grave manifestado por deterioro de la capacidad para trasladarse de la cama a la silla, hasta el WC, la ducha, entre 2 superficies desiguales, de la silla al coche.</p> <p>00168 Sedentarismo relacionado con carencia de motivación y de interés para el ejercicio físico manifestado por preferencia de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.</p>
Descanso y sueño	00095 Deterioro del patrón de sueño relacionado con pesamientos repetitivos antes del sueño, depresión, urgencia urinaria, ansiedad manifestado por insomnio e interrupción del sueño.
Seleccionar vestimenta adecuada	00109 Déficit de autocuidado vestido y acicalamiento relacionado con disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, disminución de motivación para realizar la actividad de manera independiente manifestado por problemas para mantener el aspecto personal a un nivel satisfactorio ya que presenta uñas largas y sucias, pelo grasoso, mal olor en pies y onicomicosis.
Mantener la higiene corporal	00108 Déficit de autocuidado baño e higiene relacionado con disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, disminución de motivación para realizar la actividad de manera independiente manifestado por problemas para mantener la higiene personal

	a un nivel satisfactorio.
Evitar peligros del entorno	<p>00155 Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la marcha y balance, disminución de la fuerza y resistencia muscular, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física y uso de alfombras.</p> <p>00037 Riesgo de intoxicación relacionado con ingesta de varios medicamentos y almacenaje de medicamentos caducos.</p>
Comunicación con otros, expresión de las necesidades.	<p>00131 Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos, falta de contacto con el exterior manifestado por incapacidad para recordar hechos recientes, aprender o retener nuevas habilidades o información, olvida realizar actividades cotidianas.</p> <p>00119 Baja autoestima relacionada con depresión, problema de relación y sociales continuos manifestado por la persona rechaza la retroalimentación positiva sobre sí misma y exagera la negatva, manifiesta vergüenza y culpa, se autoevalúa como incapaz de afrontar los acontecimientos.</p> <p>00124 Desesperanza relacionada con abandono, prolongada restricción de la actividad, deterioro del estado fisiológico manifestado por falta de iniciativa, falta de implicación en sus cuidados, sentirse incapaz de sobreponerse.</p> <p>00136 Duelo relacionado con muerte de una persona significativa manifestado por baja autoestima, debilidad, apatía.</p> <p>00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar relacionado con que el cuidador manifiesta interés para aumentar y</p>

		conservar la salud de la paciente.
Participar en recreación y ocio	actividades de	00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con depresión, duelo, disminución de la estimulación en actividades recreativas y ocio manifestada por un entorno desprovisto de actividades recreativas.

7. 5 Plan atención de enfermería.

00002 DX: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL RELACIONADO CON DIFICULTAD PARA LA MASTICACIÓN MANIFESTADO POR BAJO INDICE DE MASA CORPORAL.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
162105 Selecciona comidas nutritivas.	M	S	L
162118 Utiliza complementos nutritivos.	G	N	N
162102 Mantiene ingesta calórica óptima.	M	L	N
162635 Alcanza peso óptimo.	G	S	S
030304 Coge comida con los utensilios.	CI	CI	CI
030308 Se lleva comida a la boca con utensilios.	CI	CI	CI
Registro de peso	36 KG.	40 KG.	41 KG.
Registro de talla	155 CM.	155 CM.	155 CM.
Registro de IMC.	15	17	17
<p>G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido. DNP: Dependiente no participa, APD: Requiere ayuda personal y de dispositivos, AP: Requiere ayuda personal, IAD: Independiente con ayuda de dispositivos, CI: completamente independiente</p>			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
1100 Manejo de la nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente comía demasiados azúcares, café y chocolates, pocas verduras y frutas; esto fue modificado y se disminuyó gradualmente la ingesta de azúcares y chocolate sustituyéndolo por frutas blandas y aumentando las verduras. ☞ El café fue disminuido a 1 taza pequeña 3 veces a la semana y se sustituyó por infusión. Se sugirió cambiar a una dieta en quintos el cual consiste en 2 refrigerios, uno entre el desayuno y la comida, otro entre la comida y la cena; basada en frutas suaves o papillas de frutas que le agradaran a la paciente. ☞ En las comidas principales se fomentó la ingesta de más verduras, así como tomar agua de jamaica sin azúcar. ☞ Se mencionó a la Sra. Josefina que los alimentos fueran más atractivos para la paciente, tanto en gusto, variedad y presentación. Se logró que la paciente se sintiera más atraída por los alimentos.
1240 Ayuda para ganar peso.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Las causas del bajo peso fue la falta de compañía y que los alimentos no eran tan atractivos, Se llegó al acuerdo de que la paciente siempre comiera con su hermana y que así fuera más de su agrado la hora de la comida. ☞ Se logró que la paciente dejara de comer en su recámara y que comiera en el comedor con su hermana. ☞ Se sugirió a la familia que se compraran más verduras y frutas para la paciente y que además era necesario un suplemento

	alimenticio, se logró que la familia accediera.
1050 Alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="898 253 1938 326">☞ Se logró que la paciente cuando comía en su recamara, se sentara en un sillón y se colocó frente a ella una mesa. <li data-bbox="898 370 1938 483">☞ A la paciente le agrada la sopa de fideo por lo que se fomentó que la ingiriera en la comida y así aceptó comer con más facilidad. <li data-bbox="898 527 1938 600">☞ Se mantuvo la independencia de alimentarse solo usando los cubiertos. <li data-bbox="898 644 1938 685">☞ Se ayudó a realizar el lavado de manos antes de cada comida.

00048 DX: DETERIORO DE LA DENTICIÓN RELACIONADO CON HIGIENE ORAL INEFICAZ MANIFESTADO POR FALTA PARCIAL DE DIENTES.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
110001 Limpieza de: Boca	M	M	L
110006 Prótesis dentales	G	G	G
110003 Encías	M	M	M
110004 Lengua	L	L	N
030807 Acude al dentista regularmente	G	G	G
110008 Ajuste de prótesis dentaria	G	G	G
110012 Integridad de mucosa oral	N	N	N
110023 Caries dental	L	L	L
110017 Halitosis	N	N	N
110021 Dolor	N	N	N
030801 Se cepilla los dientes	M	M	L
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
1720 Fomentar	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se explicó a la paciente la necesidad del cuidado bucal como hábito, se logró que la paciente realizara el lavado bucal después de cada comida y en varias ocasiones sin necesidad de que la enfermera se lo recordara. ☞ Se inspeccionaba la mucosa bucal con regularidad y a que presentaba en ocasiones aftas lo cual era tratado con isodine bucal y benzocaína. Se logró que estas y a no aparecieran y se observaba buena higiene bucal.
1730 Restablecimiento de la salud bucal.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente tenía un cepillo dental muy usado y se le sugirió a la familiar que comprara otro cepillo de diente para la paciente y se explicó la importancia de ello, se logró que la paciente tuviera un cepillo dental suave y que no lastimara sus encías. ☞ Se preparó una solución de bicarbonato de sodio el cual utilizó la paciente y se le explicó la importancia que tenía usarlo, que ayudaba a eliminar los gérmenes y restos de alimentos que podrían llegar a provocar mal aliento así como para limpiar las zonas a las que no llegaba el cepillo dental. ☞ Se logró que la paciente evitara consumir azúcares en exceso y que no ingeriera galletas y a que le lastimaban y provocaban dificultad para deglutirlas. ☞ Se cambió por papillas de frutas. Se explicó y enseñó a la familia la importancia que tenía el que la paciente tuviera dentadura postiza y que fuera al dentista, pero la familia no accedió y mencionó que la paciente y a se había acostumbrado a estar así y que estaba cómoda; por lo que es necesario continuar con esta labor de convencimiento con la Sra. Alicia y sus familiares.

00103 DX: DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN MANIFESTADO POR REGURGITACIÓN DEL CONTENIDO GÁSTRICO Y ATRAGANTAMIENTO.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
191801, 191802 Identifica y evita factores de riesgo de aspiración.	M	M	M
191803 Se incorpora para comer o beber.	N	N	N
191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria.	M	M	L
191805 Se coloca de lado para comer y beber.	N	N	N
191806 Conserva una consistencia apropiada de comidas sólidas y líquidas.	N	N	N
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
1860 Terapia de deglución.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se fomentó que la paciente se sentara en una posición erecta y que no comiera acostada durante las noches. ☞ Se explicó que para evitar ahogarse flexionara la cabeza hacia adelante, que no hablara mientras comía y que después de cada alimento permaneciera sentada 30 minutos. ☞ Se enseñó a la familia y a la Sra. Josefina los signos de aspiración, así como las medidas de emergencia para los ahogos, la posición y alimentos que debía consumir la paciente para evitar atragantamiento.
3200 Precauciones para evitar la aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se enseñó a la paciente a comer en pequeñas cantidades, a tomar líquido antes de comer algo sólido para formar el bolo y evitar el atragantamiento, se explica a la paciente que debe trocear los alimentos en porciones pequeñas. ☞ Se muelen los medicamentos en el mortero y se ministran con líquidos para evitar la aspiración.

00110 DX: DETERIORO EN EL USO DEL WC RELACIONADO CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD MANIFESTADO POR INCAPACIDAD PARA LLEGAR, SENTARSE Y LEVANTARSE DEL WC, MANIPULAR LA ROPA.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
031004 Se quita la ropa.	G	S	N
031005 Se coloca en el WC.	G	M	N
031006 Vacía la vejiga.	S	L	N
031011 Evacua.	G	M	N
031007 Se limpia después de orinar o de defecar.	S	L	N
031008 Se levanta del WC.	G	M	N
031009 Se ajusta la ropa después de usar el WC.	G	M	N
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se ayudó a la paciente a que fuera al sanitario la mayoría de veces posible, ya que se acostumbró al cómodo. ☞ Se logró que la paciente fuera de forma independiente al sanitario las veces que requería. ☞ Se ayudó a la paciente a quitar la ropa para facilitar la eliminación, se logró que cuando recuperó el equilibrio lo hiciera por sí misma. ☞ Se dio la intimidad a la paciente durante la eliminación. ☞ Antes de cada salida se fomentó a la paciente que fuera al sanitario para evitar accidentes durante el camino.

00011 DX: ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON MALOS HÁBITOS ALIMENTARIOS, APORTE INSUFICIENTE DE FIBRAS Y ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE MANIFESTADO POR DEFECACIÓN DIFÍCIL, DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA, ELIMINACIÓN DE HECEAS DURAS.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	G	M	N
050105 Heces blandas y formadas.	G	M	L
050112 Facilidad de eliminación de heces.	G	M	L
050121 Eliminación sin ayuda.	G	M	N
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
0450 Manejo del estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1024 570 1892 727">☞ La paciente en los primeros días refería que solo evacuaba una vez cada tercer día, que por esa razón diariamente toma un trago de leche de magnesia. <li data-bbox="1024 769 1892 927">☞ Al fomentar una dieta más rica en fibra, y más abundante se logró que evacuara mas seguido y que el uso del laxante solo fuera en ocasiones extremas y supervisado por el profesional de enfermería. <li data-bbox="1024 969 1892 1084">☞ El laxante así como los demás medicamentos fueron guardados fuera del alcance de la paciente para evitar el abuso del mismo. <li data-bbox="1024 1127 1892 1398">☞ También se observo que la paciente al estar sin actividad fomentaba el estreñimiento por lo que al aumentar la actividad y al paso del tiempo el resultado fue que la paciente evacuara de forma normal y se le explicó la importancia que tenía el realizar la actividad física para evitar el estreñimiento.

00017, 00020 DX: INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL Y DE ESFUERZO RELACIONADO CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD MANIFESTADO POR SALIDA INVOLUNTARIA DE LA ORINA EN DIFERENTES CANTIDADES.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
050201 Reconoce la urgencia.	S	N	N
050205 Calcula tiempo de alcance al WC.	G	M	N
050212 Ropa interior mojada en el día.	G	M	N
050213 Ropa interior mojada en la noche	G	M	L
050218 Uso de inodoro sin barreras ambientales.	G	M	N
050211 Pérdida de orina con presión abdominal.	G	M	N
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="575 370 1885 586">☞ Se identificó que la causa de la incontinencia de la paciente era que presentaba dificultad para levantarse y trasladarse al sanitario, refería no poder levantarse y se le sugería que avisara con anticipación para tener el tiempo de ir al sanitario, el personal ayudaba a la paciente a levantarse y llevarla al sanitario con apoyo de la andadera, con el paso del tiempo la paciente al adquirir equilibrio y facilidad para la movilidad logró ir al sanitario de forma independiente. <li data-bbox="575 630 1885 769">☞ Se sugirió a la paciente que usara pantalones con elástico para que se le facilitara vestirse y desvestirse al ir al sanitario, se logró que la paciente usara los pantalones con elástico y al pasar el tiempo la paciente usaba ropa de vestir con broches y cierres, no presentaba incontinencia y lo hacía de forma independiente. <li data-bbox="575 813 1885 915">☞ El acceso al baño era muy estrecho y habían mucho muebles pequeños que evitaban el uso de la andadera en el interior del baño, se retiraron los obstáculos y se logró facilitar el acceso y disminuir el riesgo de caída en el baño. <li data-bbox="575 959 1885 1062">☞ Se fomentó el uso de pañal, al paso del tiempo y observar que la paciente ya no tenía la ropa húmeda y que tenía continencia se retiró paulatinamente hasta eliminar el uso del pañal. <li data-bbox="575 1105 1885 1175">☞ Se fomentó el uso de la silla- cómoda durante las noches y se sugirió que se colocara a lado de la cama de la paciente y que siempre se colocara en ese lugar. <li data-bbox="575 1219 1885 1289">☞ Se logró que la paciente de forma independiente durante las noches pudiera orinar en la silla y evitar que se trasladara hasta el baño

00085 DX: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON DOLOR, SEDENTARISMO, FRACTURAS ÓSEAS MANIFESTADO POR INESTABILIDAD POSTURAL DURANTE LA EJECUCIÓN EN LAS ABVD , CAMBIOS EN LA MARCHA Y EL BALANCE Y ENLENTECIMIENTO DEL MOVIMIENTO.

00088 DX: DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN RELACIONADO CON DOLOR, SEDENTARISMO, FRACTURAS ÓSEAS, DEPRESIÓN MANIFESTADO POR DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA SUBIR ESCALERAS, CAMINAR SOBRE UNA SUPERFICIE REGULAR, SOBRE SUPERFICIES DESIGUALES, CAMINAR SOBRE UN PLANO INCLINADO ASCENDENTE Y DESCENDENTE, SORTEAR OBSTÁCULOS.

00090 DX: DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN RELACIONADO CON INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD, REDUCCIÓN DE LA FUERZA Y RESISTENCIA, DOLOR O MOLESTIAS, DOLOR NEUROMUSCULOESQUELETICO, DEPRESIÓN, ANSIEDAD GRAVE MANIFESTADO POR DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA TRASLADARSE DE LA CAMA A LA SILLA, HASTA EL WC, LA DUCHA, ENTRE 2 SUPERFICIES DESIGUALES, DE LA SILLA AL COCHE.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
020002 Camina con marcha eficaz.	G	M	N
020003 Camina paso lento.	M	L	N
020005 Camina paso rápido.	G	M	N
020006 Sube escaleras.	S	M	N
020007 Baja escaleras.	S	M	N
020014 Anda por la habitación.	M	L	N
020015 Anda por la casa.	M	L	N
020016 Se mueve con facilidad.	M	L	N
020814 Se traslada de y hacia la silla de ruedas.	L	N	N
020801 Mantenimiento del equilibrio.	M	L	L
020805 Realización del traslado.	M	L	N
020809 Coordinación.	M	L	N
020803 Tono muscular.	S	L	L
020802 Fuerza muscular.	S	L	N
020804 Movilidad articular.	M	L	N
020010 Camina distancias cortas menor a una manzana.	G	M	N

G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente era sedentaria, acostumbraba a estar sentada en un sillón todo el día sin moverse, refería no tener la capacidad para levantarse ni para cargar su peso, le era muy difícil moverse aún con la andadera y al hacerle arastraba el pie izquierdo y movía el derecho con dificultad, perdía el equilibrio, manifestaba miedo a una caída, no deseaba colaborar. ☞ Se logró que la paciente caminara erguida, que usara la andadera hasta llegar al uso del bastón, ya no arrastraba los pies al caminar, se ponía de pie y soportaba su peso sin problema, tuvo estabilidad al caminar y estar de pie y se negoció con ella para lograr que realizara la actividad física. ☞ Se enseñó el uso correcto de la andadera y el bastón, se eliminó el mal uso de mesitas con ruedas, así como la forma en que debía levantarse de la cama, se sugirieron colocar barras en una de las paredes del baño y en el escalón del baño a la recámara pero la familia solo accedió a colocar la del baño. ☞ En ocasiones cuando la paciente no podía levantarse se proporcionó ayuda de la enfermera así como muleta humana para el traslado.

0140 Fomentar los mecanismos corporales.

- ☞ La paciente mostraba miedo a volverse a caer, se negaba a usar las posturas correctas ya que cuando caminaba siempre lo hacía muy encorvada, también al ir al sanitario y levantarse se apoyaba con su cabeza en la pared ejerciendo presión en las cervicales.
- ☞ Se logró que la paciente caminara sin encorvarse, se eliminó la mala costumbre de recargarse con su cabeza, se enseñó que usara sus brazos para impulsarse y levantarse con mayor facilidad, así como para apoyar al sentarse y no dejarse caer en el asiento.
- ☞ Se fomentaron ejercicios básicos para la movilidad y se estableció una rutina para la rehabilitación de la fractura de cadera y se logró que la paciente tuviera mayor resistencia y fuerza muscular, así como una movilidad adecuada.
- ☞ Se indicó que la paciente que al sentarse sus piernas no debían de tener un ángulo menor a los 90° y que no cruzara las piernas.

00168 DX: SEDENTARISMO RELACIONADO CON CARENCIA DE MOTIVACIÓN Y DE INTERÉS PARA EL EJERCICIO FÍSICO MANIFESTADO POR PREFERENCIA DE UNA RUTINA DIARIA DE BAJO CONTENIDO EN ACTIVIDAD FÍSICA.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
181101 Descripción de la actividad preescrita.	EX	EX	EX
181102 Explicación del propósito de la actividad.	EX	EX	EX
181103 Descripción/efectos esperados de la actividad.	EX	EX	EX
181104 Descripción de las restricciones de la actividad.	EX	EX	EX
181105 Descripción de las precauciones de la actividad.	EX	EX	EX
181106 Descripción de los factores que disminuyen la tolerancia a la actividad.	EX	EX	EX
181107 Descripción de la estrategia para el incremento gradual de la actividad.	S	EX	EX
181118, 181119 Descripción de cómo monitorizar la actividad.	S	S	EX
181110 Descripción de los obstáculos para la aplicación habitual.	EX	EX	EX
181111 Descripción de una programa de ejercicio realista.	EX	EX	EX
N: Ninguno, E: Escaso, M: Moderado, S: Sustancial, EX: Extenso.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
5612 Enseñanza del ejercicio prescrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1192 293 1990 488">☞ La paciente sabe la importancia que tiene realizar la actividad prescrita pero aun así se niega ya que dice tener desánimo. Se negocia con ella y se logra a través de mucho insistir y explicar, convencerla. <li data-bbox="1192 570 1990 646">☞ Se realiza la actividad física con la paciente, esto la anima y se esfuerza más en hacerlo. <li data-bbox="1192 727 1990 841">☞ Se indica a la paciente que nos avise cuando ya se siente cansada, se hacen pausas y se continúa con el ejercicio. <li data-bbox="1192 922 1990 1036">☞ Se explica el porque se deben de realizar esos ejercicios específicamente a la paciente y como hacerlos de forma correcta. <li data-bbox="1192 1084 1990 1198">☞ Se logra establecer horas para la actividad física haciendo que la paciente se acostumbrara a realizarla. <li data-bbox="1192 1279 1990 1356">☞ Se establece junto con el terapeuta y el médico en rehabilitación, la rutina para la paciente. <li data-bbox="1192 1404 1990 1481">☞ Se explica a la Sra. Josefina como debe realizar la paciente los ejercicios y se le pide que le

	<p>recuerde a la paciente sus ejercicios cuando la enfermera no asista al domicilio para dar continuidad a la terapia.</p>
<p>0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se le explicó a la paciente el porque debía de realizar la actividad y las consecuencias que tendría si no la realizaba, esto hacia que accediera a realizar los ejercicios. ☞ Se le enseñó que las actividades físicas iban a aumentar conforme avanzara y se establecieron pequeñas metas y motivándola con los logros obtenidos, al hacerlo la paciente mejoraba su estado de ánimo. ☞ Se estableció una rutina determinada para la movilidad que consistía en ejercicios de bajo impacto.

00095 DX: DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO RELACIONADO CON PENSAMIENTOS REPETITIVOS ANTES DEL SUEÑO, DEPRESIÓN, URGENCIA URINARIA, ANSIEDAD MANIFESTADO POR INSOMNIO E INTERRUPCIÓN DEL SUEÑO.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
000301 Tiempo del descanso.	G	S	G
000304 Descanso físicamente.	G	S	L
000305 Descansado mentalmente.	G	S	G
000308 Descansado emocionalmente.	G	S	M
000418 Duerme toda la noche.	G	S	G
000410 Despierta a horas apropiadas.	G	S	G
000302 Hábitos de sueño.	G	S	L
000601 Muestra afecto apropiado.	ND	ND	ND
000703 Muestra estado de ánimo sereno.	ND	ND	RD
000202 Refiere dormir más o menos de 5 hrs. Al día.	ND	RD	FD
000602 Muestra concentración.	ND	RD	RD
000606 Muestra interés por lo que le rodea.	ND	ND	RD

000207 Refiere nivel de energía apropiado.	ND	ND	ND
000209 Refiere capacidad para actividades básicas de la vida diaria.	ND	RD	AV

G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.
 ND: Nunca demostrado, RD: Rara vez demostrado, AV: A veces demostrado, FD: Frecuentemente demostrado, SD: Siempre demostrado.

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
6482 Manejo ambiental: confort.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se eliminaron objetos y muebles que resultarían un riesgo de caída, se sugirió que durante las noches se evitara el ruido, colocar el calentador ambiental para lograr una temperatura agradable para la paciente. ☞ Se colocó una luz de noche a lado de la cama de la paciente. ☞ Se explicó a la paciente en qué posiciones podía dormir y el uso de almohadas. ☞ Se utilizó un nebulizador ambiental en el cual 1 hr antes de dormir se sugirió colocar hierbas que favorecieran el sueño. ☞ Se logró que la paciente estuviera un poco más relajada.

<p>1850 Mejorar el sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente primero dormía de 3 a 4 horas diarias, posteriormente durmió 8 horas diarias, pero posteriormente regreso a dormir solo 4 horas al día, ya que se interrumpió el uso de la medicación de forma abrupta y esto aumento el insomnio por ansiedad. ☞ Se explicó a su familiar la importancia de administrar la medicación y se informó cuales eran las consecuencias y riesgos, pero la familia no cooperó. ☞ Se estableció una rutina para favorecer el sueño que consistía en a pagar la televisión 2 horas antes de dormir, cenar una hora antes de dormir y aclimatar la recámara, se evito que la paciente tomara líquidos antes de dormir , así con el consumo de chocolate y café. ☞ Estas medidas favorecieron el sueño en la paciente parcialmente. ☞ Se sugiere dar continuidad con el tratamiento ansiolítico.

00109 DX: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO VESTIDO Y ACICALAMIENTO RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR EN MIEMBROS INFERIORES, DISMINUCIÓN DE MOTIVACIÓN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD DE MANERA INDEPENDIENTE MANIFESTADO POR PROBLEMAS PARA MANTENER EL ASPECTO PERSONAL A UN NIVEL SATISFACTORIO.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
030201 Escoge la ropa.	G	A	I
030207 Utiliza broches.	G	A	I
030216 Obtiene la ropa de cajones y armario.	G	A	I
Utiliza resortes.	A	M	I
Se pone y se quita: 030304 Ropa parte superior de su cuerpo.	G	A	I
030205 Ropa parte inferior de su cuerpo.	D	A	I
030209 Los calcetines.	D	A	I
030210 Los zapatos.	D	A	I
I: Independiente, M: Mínima ayuda, A: Ayuda moderada, G: Requiere gran ayuda, D: Dependiente total.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestido/ arreglo personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se sugirió a la paciente que la ropa que debía usar, sobre todo de la parte inferior del cuerpo, tenía que ser con elástico, la paciente accedió e incluso se le facilitaba más vestirse sola. ☞ Posteriormente se observó que podía empezar a usar ropa de vestir ya que no se le dificultaba el uso de ropa con cierre y broches. ☞ La paciente primero necesitaba ayuda para ponerse la ropa de la parte inferior, posteriormente se logró que la paciente se colocara su ropa interior, pantalones, calcetas y zapatos de forma independiente. ☞ La paciente logró levantarse y mantenerse de pie en su closet para escoger la ropa que debía usar, esto logró que la paciente se interesara por su aspecto y que lograra la independencia nuevamente. ☞ Se estimuló a que la paciente se interesara por maquillarse, peinarse, al ayudarla y que ella observó la diferencia, se aumentó su autoestima y ella lo realizó finalmente de forma independiente y con agrado.

00108 DX: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO BAÑO E HIGIENE RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR EN MIEMBROS INFERIORES, DISMINUCIÓN DE MOTIVACIÓN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD DE MANERA INDEPENDIENTE MANIFESTADO POR PROBLEMAS PARA MANTENER LA HIGIENE PERSONAL A UN NIVEL SATISFACTORIO.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
030104 Abre el agua.	D	AA	AO
030105 Regula la temperatura del agua.	D	AA	I
030106 Regula el flujo del agua.	D	AA	AO
Se lava: 030115 Parte inferior del cuerpo.	D	AA	I
030114 Parte superior del cuerpo.	G	M	I
030111 Se seca.	G	M	I
I: Independiente, S: Supervisión, AO: Ayuda ocasional, AA: Ayuda en todos los aspectos, D: Dependencia total.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se respetaron las costumbres y rutinas establecidas de la paciente, lo cual favoreció la accesibilidad de ella al baño. ☞ El baño lo realizaba una vez al mes y se logró que la paciente se bañara cada vez que asistía la enfermera, se ayudaba a colocar el jabón, toallas y demás accesorios usados durante el baño cerca de la paciente, se facilitaba que la temperatura del agua para el baño fuera agradable para la paciente, se logró que se bañara sin ayuda, se utilizó aromaterapia lo cual la ayudó a la relajación y que el baño le resultara una experiencia más agradable. ☞ Se fomentó el uso de crema después del baño, la limpieza de uñas de pies y manos. ☞ La paciente realizaba ocasionalmente la higiene bucal ya que se le olvidaba, se logró que la realizara después de cada comida ya que se le recordaba, si no lo hacía la enfermera lo hacía la Sra. Josefina.

00155 DX: RIESGO DE CAÍDAS RELACIONADO CON DETERIORO DE LA MARCHA Y BALANCE, DISMINUCIÓN DE LA FUERZA Y RESISTENCIA MUSCULAR, USO DE DISPOSITIVOS DE AYUDA, DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
191007 Desecha medicinas no utilizadas.	G	G	M
190910 Uso de zapatos con agujetas amarradas.	G	L	N
190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.	G	S	L
190911 Adaptación de la altura adecuada del WC.	N	N	N
190913 Adaptación de la altura adecuada de la cama.	N	N	N
190919 Uso de medios de traslado seguros.	G	G	S
190922 Proporciona la iluminación adecuada.	N	N	N
190909 Uso adecuado de taburetes y escaleras.	G	L	N
190906 Eliminación de objetos, derramamientos en el suelo.	L	N	N
190917 Precaución en la toma de medicamentos.	G	G	G
190905 Colocación de pasamanos.	G	G	G
190915 Uso de barandillas para agarrarse.	M	M	M
191028 Provisión de iluminación.	N	N	N
191005 Accesibilidad al teléfono.	N	N	N
190914 Uso de alfombra., gomas en el baño.	G	G	M
190902 Provisión de ayuda personal.	G	G	M
190907 Fijación de alfombras.	N	N	N
190918 Uso de gafas oculares.	G	G	G
190916 Inquietud controlada.	G	G	G

G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
6490 Prevención de caídas.	<p>Se identificaron 2 factores principales que aumentan el riesgo de caída: ansiedad y la fractura de cadera. Además de alfombras que no estaban fijadas, tapetes, suelo de mármol. La paciente en un principio perdía el equilibrio, pero al avanzar la terapia y mostrar mejoría, la paciente caminaba rápidamente y olvidaba el bastón. Se le enseñó la importancia de que usara el dispositivo de apoyo y que estaba en un alto riesgo si no lo utilizaba, se eliminaron los tapetes móviles, se llevaron a cabo técnicas de relajación para disminuir la ansiedad y la agresividad, y cuando la paciente refería ansiedad o enojo, se le invitaba a salir a caminar, a realizar la actividad física y a realizar actividades del hogar, esto ayudaba a disminuir la ansiedad y evitar la agresividad. Se sugirió a la familia que colocara cintas antiderrapantes en ciertas partes del mármol para evitar caídas, pero no accedieron a pesar de explicarles la importancia que tenía colocarlas. El asiento del baño contaba con un accesorio que tenía brazos y daba mayor altura al sanitario, esto facilitaba la transferencia y evitaba caídas. Se sugirió a la paciente que usara zapatos antiderrapantes y con cintas de velcro, las cuales compró y utilizó con agrado, ya que le resultaban muy cómodos. Se explicó a la Sra. Josefina la importancia de que la paciente usara los dispositivos de apoyo y que podría ayudar a la paciente a recordarle que no lo olvidara cuando la enfermera no estuviera para recordárselo. La paciente inicialmente usaba una mesita con ruedas como apoyo para caminar, pero se le explicó que era un riesgo que lo usara y que debía de usar la andadera, la paciente no accedió y la mesita se guardó dejando solo a su alcance la andadera, lo cual hizo que la paciente usara la andadera y posteriormente el bastón.</p>

00037 DX: RIESGO DE INTOXICACIÓN RELACIONADO CON INGESTA DE VARIOS MEDICAMENTOS Y ALMACENAJE DE MEDICAMENTOS CADUCOS.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
030701 Identifica la medicación.	G	G	G
030902 Describe la dosis correcta.	G	G	G
030716 Controla la respuesta terapéutica.	G	G	G
030717 Ajusta la dosis de forma apropiada.	G	G	G
030705 Describe precauciones de uso de medicación.	G	G	G
030706 Describe efectos secundarios de la medicación.	G	G	G
030707 Utiliza ayudas para memorizar.	G	G	G
030708 Realiza actividades de autosupervisión.	G	G	G
030702 Administra correctamente la medicación.	G	G	G
030914 Mantiene la asepsia.	G	G	G
180813 Descripción del cuidado.	G	G	G
180801 Reconoce la necesidad de informar toda la medicación.	G	G	G
180819 Describe acciones del medicamento.	G	G	G
180808 Describe posibles reacciones si consume varios fármacos.	G	G	G
030712 Almacena adecuadamente la medicación.	G	G	G
030713 Desecha los medicamentos de forma apropiada.	G	G	G
030915 Supervisa las zonas de punción.	G	G	G

G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
5616 Enseñanza medicamentos prescritos.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se observó que la paciente no puede administrarse los medicamentos por sí misma ya que olvida si ya tomó o no los medicamentos, cuando se le informa que medicamento se le va a administrar la paciente sabe que efecto tiene pero no los efectos adversos. ☞ La paciente abandona bruscamente la medicación y menciona que no se la quiere tomar porque cree que la están envenenando, se le explica y enseña que medicamento es y que provoca si lo suspende. ☞ La paciente almacena medicamentos caducos, los cuales se tiran a la basura y solo se dejan los vigentes, estos bajo llave y se le entrega a la Sra. Josefina.
2395 Control de la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se documenta el nombre, dosis, frecuencia, horario y vía de administración en la hoja de medicamentos del expediente de la paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se pregunta a la Sra Josefina la hora en que la paciente tomó sus medicamentos y se le sugiere que lo anote en una hoja en blanco para tener un control de la medicación. ☞ Se le explica y enseña a la familia la importancia de la medicación y que deben de participar en ello, ya que la paciente sufre repentinamente de ansiedad y es un antidepresivo, pero la familia no se quiere hacer responsable aunque se le explicó la importancia que tiene el administrar el medicamento y las consecuencias que se tendrán al no hacerlo.
2380 Manejo de la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se administraron los medicamentos de acuerdo al horario y enseñó a la Sra. Josefina los cinco correctos para administrar un medicamento e incluso se colocó un ahoja en la pared con los mismos para que los recordara. ☞ Se colocaron fichas en el expediente de la paciente y se le enseñaron a la Sra Josefina, estos indicaban el nombre del medicamento, la vía, la dosis, el efecto terapéutico, los efectos adversos y signos de alarma

00051 DX: DETERIORO DE LA MEMORIA RELACIONADO CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, FALTA DE CONTACTO CON EL EXTERIOR MANIFESTADO POR INCAPACIDAD PARA RECORDAR HECHOS RECIENTES, APRENDER O RETENER NUEVAS HABILIDADES O INFORMACIÓN, OLVIDAR REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
090201 Utiliza el lenguaje escrito.	ES	ES	ES
090304 Utiliza la conversación con claridad.	S	EX	EX
090203 Puede realizar dibujos e ilustraciones.	S	S	S
090205 Utiliza el lenguaje no verbal.	EX	EX	EX
090207 Emplea el lenguaje oral coherente.	S	S	S
091621 Refiere alucinaciones.	N	N	N
090104, 090105, 090106 Esta ubicado en el tiempo.	G	S	S
090103 Esta ubicado en el lugar.	N	N	N
090102 Identifica a la enfermera.	G	G	S
090803 Recuerda como realizar las ABVD.	N	N	N
090802 Recuerda las indicaciones de la enfermera.	G	G	S
N: Ninguno, E: Escaso, M: Moderado, S: Sustancial, EX: Extenso. G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido. M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
4920 Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se valora que la paciente repite las frases, historias y presenta pérdida de la memoria reciente. ☞ Se establece que al entrar a la habitación la enfermera se presente diciendo buenos días, su nombre, preguntarle a la paciente como se encuentra hoy y decirle la fecha y hora. ☞ La paciente establece una comunicación adecuada y la paciente gusta de hablar de sus experiencias. ☞ Se pregunta a la paciente su estado de ánimo y si menciona estar molesta se le invita a que hable y desahogue su enojo, se le escucha pasivamente y si la paciente refiere no querer hablar del tema se le habla de otra cosa.
4974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se habla a la paciente con un tono claro y con contacto físico.
4978 Mejorar la comunicación: déficit visual.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se evita mover los objetos de la paciente sin informarle previamente. ☞ Se realizan actividades para mejorar la memoria como rompecabezas y ajedrez.

00119 DX: BAJA AUTOESTIMA RELACIONADA CON ENFERMEDAD MENTAL PERSISTENTE, PROBLEMA DE RELACIÓN Y SOCIALES CONTINUOS, DE PRESIÓN MANIFESTADO POR QUE LA PERSONA RECHAZA LA RETROALIMENTACIÓN POSITIVA SOBRE SI MISMA Y EXAGERA LA NEGATIVA, MANIFIESTA VERGUENZA Y CULPA, SE AUTOEVALÚA COMO INCAPAZ DE AFRONTAR LOS ACONTECIMIENTOS.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
120501 Autoaceptación.	ND	ND	ND
120502 Aceptación de limitaciones.	ND	ND	ND
120507 Comunicación.	FD	SD	SD
120509 Mantenimiento del cuidado personal.	ND	RD	AD
120112 Objetivos realistas.	ND	ND	RD
120101 Estrategias de superación	ND	ND	ND
120111 Participación recreativa.	N+	N+	N+
120608 Reorganización de actividades.	N+	N+	R+
<small>ND: Nunca demostrado, RD: Rara vez demostrado, AD: A veces demostrado, FD: Frecuentemente demostrado, SD: Siempre demostrado, N+: Nunca positivo, R+: Rara vez positivo, A+: A veces positivo, F+: Frecuentemente positivo, S: Siempre positivo.</small>			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
5400 Potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se observa que la paciente tiene muy baja autoestima, ya que refiere no ser útil y molestar a su familia. ☞ Se ayuda a su autocuidado, su ímagen y se logra que la paciente se sienta mejor al darse cuenta de que realiza varias actividades por sí misma, e incluso desea salir y a ir a misa. ☞ El practicar su religión aumenta su autoestima y se muestra muy feliz. La paciente incluso menciona que ya no necesita que la enfermera asista a cuidarla.
5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente presenta periodos de ansiedad y agresividad, se trata de entablar un dialogo con ella y de explicarle la razón por la que a veces no se puede hacer lo que ella desea. Cuando presenta estas crisis, se opta por evitar enfrentarla y dejar que hable con su familia para que la ayuden a tranquilizarse. ☞ A veces menciona que desea que la dejen sola y que todos se vayan, responde de forma grosera y grita. Cuando la paciente se tranquiliza y se le menciona lo sucedido, refiere no recordarlo y se apena y disculpa. ☞ En ocasiones menciona tener deseos de morir y de no molestar a nadie. ☞ Se explica a los familiares la importancia de que la paciente asista a terapia psicológica, se programa la cita, pero la familia y la paciente no acceden.

00124 DX: D ESESPERANZA R ELACIONADA CON ABANDONO, PR OLONGADA RES TRICCIÓN DE L A ACTIVIDAD, DETERIORO DEL ESTADO FISIOLÓGICO, DEPRESIÓN MANIFESTADO POR FALTA DE INICIATIVA, FALTA DE IMPLICACIÓN DE SUS CUIDADOS, SENTIRSE INCAPAZ DE SOBREPONERSE.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
Muestra un afecto apropiado.	AD	AD	AD
120801 Muestra un estado de ánimo sereno.	RD	RD	RN
140906 Refiere dormir de forma adecuada (más de 5 hrs. al día).	ND	AD	FD
140918 Muestra higiene personal adecuada.	RD	AD	AD
Viste de forma apropiada para la situación y el clima.	RD	RD	RD
140914 Refiere cumplimiento de la medicación y del régimen terapéutico.	ND	RD	RD
120915 Refiere un nivel de energía apropiado.	ND	RD	RD
120910 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.	ND	RD	RD
120836 Ideas suicidas.	FD	AD	RD
120802 Muestra interés por lo que le rodea.	RD	RD	RD
140910 Mantiene un peso estable.	ND	ND	ND
ND: Nunca demostrado, RD: Rara vez demostrado, AD: A veces demostrado, FD: Frecuentemente demostrado, SD: Siempre demostrado			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
5100 Potenciación de la socialización.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se fomenta a la paciente a que se reúna con sus amistades, su familia pero refiere no tener ganas y muestra apatía, solo se logra que se relacione con su hermana menor. ☞ Se fomenta a la paciente que asista a clases en un centro social de algo que le agrada, se le sugiere a la también familia pero no acceden. ☞ En raras ocasiones acuden amistades de la paciente a su domicilio, pero esto la anima.
5310 Dar esperanza.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se informa a la paciente que su situación actual es temporal y que pronto si realiza las terapias, volverá a normalizar su vida, pero se muestra negativa en un inicio. ☞ Al facilitarle que escuche misa y posteriormente asistir con ella a misa regularmente, la paciente se muestra con más esperanza.
5270 Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se escucha la paciente cuando expresa sus sentimientos y frustración, se le proporciona ayuda para superar dichos sentimientos y se favorece el drenaje emocional para disminuirlos. ☞ Posteriormente se tranquiliza un poco y se realizar comentarios sobre otro tema y se le anima a la paciente a salir adelante, se validan sus emociones y expresiones así como se estableció el contacto físico.

00136 DUELO RELACIONADO CON MUERTE DE UNA PERSONA SIGNIFICATIVA MANIFESTADO POR BAJA AUTOESTIMA, DEBILIDAD, APATÍA.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.	RD	RD	RD
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	RD	AD	AD
120403 Muestra control de los impulsos.	RD	RD	RD
120404 Refiere dormir adecuadamente.	RD	RD	ND
120405 Muestra concentración.	RD	RD	RD
120406 Conversa a un ritmo moderado.	FD	FD	FD
120423 Mantiene el arreglo y la higiene personal.	ND	RD	AD
120411 Se viste de forma apropiada para la situación y el clima.	ND	RD	AD
120412 Mantiene un peso estable.	ND	ND	RD
120413 Refiere apetito normal.	ND	RD	RD
120424 Expresa el seguimiento del régimen de la medicación.	ND	ND	ND
120425 Expresa el seguimiento del régimen terapéutico..	ND	RD	RD
120415 Muestra interés por lo que le rodea.	RD	RD	FD
120417 Refiere un nivel de energía estable.	ND	RD	FD
120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.	ND	RD	FD
120416 Ideas suicidas	AV	AD	FD
120420 Depresión.	FD	RD	AD

ND: Nunca demostrado, RD: Rara vez demostrado, AD: A veces demostrado, FD: Frecuentemente demostrado, SD: Siempre demostrado

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La paciente presenta periodos de ansiedad y agresividad, se trata de entablar un dialogo con ella y de explicarle la razón por la que a veces no se puede hacer lo que ella desea. ☞ Cuando presenta estas crisis, se opta por evitar enfrentarla y dejar que hable con su familia para que la ayuden a tranquilizarse. ☞ A veces menciona que desea que la dejen sola y que todos se vayan, responde de forma grosera y grita. Cuando la paciente se tranquiliza y se le menciona lo sucedió, refiere no recordarlo y se apena y disculpa. ☞ En ocasiones menciona tener deseos de morir y de no molestar a nadie. ☞ Se explica a los familiares la importancia de que la paciente asista a terapia psicológica, se programa la cita, pero la familia y la paciente no acceden.
5310 Dar esperanza.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se informa a la paciente que su situación actual es temporal y que pronto si realiza las terapias, volverá a normalizar su vida, pero se muestra negativa en un inicio. ☞ Al facilitarle que escuche misa y posteriormente asistir con ella a misa regularmente, la paciente se muestra con más esperanza.
5270 Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se escucha la paciente cuando expresa sus sentimientos y frustración, se le proporciona ayuda para superar dichos sentimientos y se favorece el llanto para disminuir su respuesta emocional. ☞ Posteriormente se tranquiliza un poco y se realizar comentarios sobre otro tema y se le anima a la paciente a salir adelante.

00075 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON QUE EL CUIDADOR MANIFIESTA INTERÉS PARA AUMENTAR Y CONSERVAR LA SALUD DE LA PACIENTE.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar.	S	S	S
220202 Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar.	S	EX	EX
220203 Demostración de consideración positiva por el receptor de los cuidados.	E	E	M
220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados.	E	M	S
220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado.	E	M	S
220207 Conocimiento de los procedimientos recomendados.	E	M	S
220208 Conocimiento de la actividad preescrita.	N	M	S
220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento.	N	M	S
220210 Conocimiento de cuidados urgentes.	N	M	S
220213 Conocimiento de las visitas a los profesionales sanitarios.	M	M	E
220222 Participación en el plan de alta.	M	S	EX
N: Ninguno, E: Escaso, M: Moderado, S: Sustancial, EX: Extenso.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
7040 Apoyo al cuidador principal.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se enseñan los cuidados específicos que se deben de brindar a la Sra. Alicia, como son los ejercicios de rehabilitación, de movilidad, el uso correcto de los dispositivos de apoyo, la importancia de la higiene de la paciente, como movilizarla, ayudarla a subir al auto y escaleras. ☞ Se le recomendó el cambio de la dieta a la Sra. Alicia así como la presentación. ☞ Se logró que la Sra. Josefina comprendiera la importancia de los cuidados y el porque se debían de realizar de esa manera.
5240 Asesoramiento.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se dejaron a la Sra. Josefina unas fichas que resumían el nombre del medicamento, la acción y que efectos se esperan; así como los datos de alarma que requerían asistir al hospital. ☞ Se le recomendó que no discutiera con la Sra. Alicia y que tratara de estar tranquila con ella para evitar conflictos.
5360 Terapia de entretenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se fomentó que la Sra. Josefina saliera los domingos y se distrajera, así como en algunas ocasiones salía por las mañanas a clases de estilismo y a convivir. Esto lograba que regresara más tranquila y con mayor tolerancia.

00097 DX: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RELACIONADO CON DEPRESIÓN, DUELO, DISMINUCIÓN DE LA ESTIMULACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OPCIÓN MANIFESTADA POR UN ENTORNO DESPROVISTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

FECHA	23/02/11	04/04/11	15/05/11
011601 Participación en juegos.	G	S	M
011603 Expresión de placer al realizar un juego o actividad.	G	S	M
011604 Uso de habilidades sociales durante la actividad o juego.	G	G	M
011605 Uso de habilidades físicas durante la actividad o el juego.	G	G	M
011606 Uso de imaginación durante la actividad o el juego.	G	G	S
011607 Uso de emociones durante la actividad o el juego.	N	N	N
160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.	G	G	S
160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas.	G	G	G
160405 Demostración de creatividad durante la actividad o juego.	G	G	S
G: Gravemente comprometido, S: Sustancialmente comprometido, M: Moderadamente comprometido, L: Levemente comprometido, N: No comprometido.			

INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
4400 Musicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se fomenta que el paciente escuche radio, música del agrado de la paciente (música clásica, música romántica). ☞ Se logra que la paciente se sienta feliz e incluso canta.
4310 Terapia de actividad.	<p>Se establece un programa de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ LUNES: terapia de rehabilitación, juego de cartas, lectura en voz alta. ☞ MIÉRCOLES: terapia de rehabilitación, rompecabezas, lectura en voz alta. ☞ VIERNES: terapia de rehabilitación, ajedrez o juegos de memoria, lectura en voz alta. ☞ DOMINGO: terapia de rehabilitación, es cuchar o asístir a misa, lectura en voz alta.
<p>1330 Aromaterapia.</p> <p>4680 Biblioterapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Se usa durante el baño esencias de flores lo cual ayuda a la relajación y a disminuir la ansiedad. ☞ Se da masaje en miembros inferiores con aceite de flores y rosas, lo cual le ayuda a la relajación. ☞ Se lee en voz alta pasajes de la biblia, libros de superación personal y cuentos infantiles. ☞ La paciente se muestra interesada y al final de las lecturas se comenta lo que se haya entendido y si fue agradable o no.

7.6 Conclusiones.

El Proceso Atención Enfermería bajo el modelo teórico de Virginia Henderson tiene una visión holística, que nos orienta a que brindemos un cuidado integral y específico de calidad y calidez.

El cuidado de enfermería a los adultos mayores en el hogar es una oportunidad para el profesional de enfermería para poner en práctica todos sus conocimientos teóricos así como para adquirir nuevos, para reconocer la trascendencia que tiene el cuidado de la enfermera y los logros que son obtenidos para el bienestar del paciente al efectuar de manera correcta estas intervenciones, ser no solamente una enfermera si no una compañía para el paciente y llegar a ser una persona de confianza e integrarse a la familia.

Al brindar los cuidados a la Sra. AAL, se lograron realizar diversas modificaciones en los hábitos para el cuidado y la conservación de su salud consecuentemente mejorando su estilo de vida, entre estos tenemos:

- ☞ Baño en regadera los días que asistía la enfermera.
- ☞ Que realizara las comidas en el comedor.
- ☞ Que mejorara su imagen corporal.
- ☞ Lograr independencia en su cuidado y movilidad.
- ☞ Recuperar la movilidad de los miembros inferiores.
- ☞ Salir ocasionalmente con sus hermanas.
- ☞ Eliminar el uso de laxantes, que se sustituyo por fibra en la alimentación.
- ☞ Disminución en la ingesta de chocolates y azúcar.
- ☞ Mejora en la higiene bucal.
- ☞ Aumento de peso.
- ☞ Sentimiento de autorrealización e independencia.
- ☞ Vestirse sin ayuda.

VIII. ANEXOS

8.1 Plan de alta.

DIETA

Se le entregó este plan de alta a su familiar para la vigilancia de este o el cumplimiento del mismo.

Debido a los cambios propios del envejecimiento, es necesario reorientar el estilo de vida y una de las partes importantes es la alimentación.

De acuerdo a los requerimientos nutricionales de calorías, grasas, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y oligoelementos; es necesario tomar en cuenta el estado de salud de la persona.



Las calorías deben de ser reducidas en un 20%, es decir que se deben de consumir entre 2000 Kcal. /día en el varón de 65 años y 1500 Kcal. /día en mujeres.



Las grasas son de vital importancia para absorber las vitaminas liposolubles, pero se deben de disminuir las grasas "malas" que contienen ácidos grasos saturados y consumir grasas "buenas" que contengan ácidos mono y poliinsaturados.



Los hidratos de carbono (azúcares) se deben reducir, especialmente el consumo de azúcares simples (no más de 50 gramos) y sustituirlos por azúcares complejos que se encuentran en vegetales, cereales, frutas, legumbres y papas.



Las proteínas deben de consumirse más, aproximadamente de 1 g/ kg que es equivalente al 10% - 20% de la dieta.



El agua se recomienda consumir un promedio de 1 – 1.5 lt al día, para mantener una buena diuresis, prevenir la deshidratación y mejorar el aspecto de la piel.



Las vitaminas, lo más recomendable es aumentar la ingesta y a que la demanda de vitamina B6 incremente con la finalidad de mantener una adecuada tolerancia a la glucosa. El complejo vitamínico B (B1, B6 y B12) interviene en el metabolismo de los glucósidos, aminoácidos y ácidos grasos esenciales.

PLATO DEL BUEN COMER



RECOMENDACIONES GENERALES

- ☞ Procurar una masticación adecuada.
- ☞ Preparaciones fraccionadas y trituradas.
- ☞ Evitar alimentos duros y fibrosos.

- ☞ Preferir alimentos frescos.
- ☞ Fomentar la higiene bucal.
- ☞ Alimentos atractivos a la vista y el olfato.
- ☞ Comidas menos abundantes y más frecuentes.
- ☞ Menos consumo de irritantes, picante, grasas y condimentos.

MENÚ

DESAYUNO



- ☞ 1 Vaso de leche descremada.
- ☞ ½ vaso jugo de zanahoria con naranja.
- ☞ 2 tortillas.
- ☞ 2 huevos a la mexicana.
- ☞ ½ tza de frijoles de la olla.
- ☞ 1 rebanada de pan.
- ☞ 1 plato pequeño de melón.

COMIDA



- ☞ 1 plato de sopa de fideos.
- ☞ 1 pechuga de pollo asada.
- ☞ Ensalada de cebollines, lechuga, espinaca y jitomate.
- ☞ 1 plato de verduras al vapor.
- ☞ 1 manzana cocida con canela.

CENA



- ☞ 1 tza de té.
- ☞ 2 galletas integrales.
- ☞ 1 vaso de agua.
- ☞ 1 plátano.
- ☞ 2 quesadillas con tortilla de maíz.

COLACIÓN (1 entre comidas)

1 manzana.

1 mango

6 fresas

6 uvas

FÁRMACOS

Nombre.	Prescripción y dosificación.	Acción.	Efecto adverso.
LECHE DE MAGNESIA	2 - 4 cucharadas al día, en ayuno, PRN.	Laxante, antiácido.	El uso habitual crea hábito.
CEFALEXINA	500 MG c/ 8 hrs. Por 10 días.	Antibiótico bactericida de amplio espectro.	Diarrea, náusea, vómito y dolor abdominal.
TRAMACET	362.5 MG (1 tab.) c/ 8 hrs. en caso de dolor.	Analgésico antipirético, manejo del dolor moderado a severo, agudo y crónico.	Náusea, vértigo y somnolencia.
DICLOFENACO	100 MG c/ 24 hrs. por 7 días.	Analgésico, antiinflamatorio, antirreumático.	Dolor epigástrico, náusea, vómito, diarrea, calambres abdominales, dispepsia, flatulencia y anorexia.
OMEPRAZOL	20 MG c/ 24 hrs. por 30 días.	Antiulceroso.	Náusea, diarrea y cólico.
ETEXILATO DE DABIGATRÁN	150 MG c/ 24 hrs. por 30 días.	Anticoagulante para pacientes postoperados de cirugía ortopédica mayor.	Sangrado causado por exceso de dosis.
MIRTAZAPINA	15 MG c/ 24 hrs., por la noche.	Antidepresivo para episodios de depresión mayor.	Aumento del apetito, somnolencia.
QUETIAPINA	25 MG c/ 24 hrs., por la	Psicosis aguda y crónica, episodios de manía y episodios	Somnolencia, vértigo, boca seca, astenia leve, constipación, taquicardia,

	noche.	depresivos.	hipotensión ortostática y dispepsia.
ATIVAN	2 MG c/ 24 hrs. por la noche, media hora antes de dormir.	Ansiolítico.	Debilidad muscular, astenia, sedación, fatiga somnolencia, ataxia, confusión, depresión, vértigo.
ACICLOVIR	250 MG frasco ampula c/ 8 hrs., diluido con 100 ml de solución salina, IV, por 7 días.	Antiviral específico para herpes.	Inflamación en el sitio de inyección, náusea, vómito, prurito, ras, fotosensibilidad.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- ☞ Baño diario o cada tercer día, con agua y jabón neutro, secar perfectamente el cuerpo y realizar el cambio de ropa diario.
- ☞ Utilizar una crema lubricante y humectante, aplicarla en todo el cuerpo.
- ☞ Lavarse las manos antes y después de ir al baño, antes y después de comer.
- ☞ Ponerse talco en los pies y antimicótico.
- ☞ Higiene bucal después de cada alimento.
- ☞ Dormir 8 horas diarias o el mayor tiempo posible, realizar cambio de ropa de cama cada semana.
- ☞ Beber 2 litros de agua simple diario.
- ☞ Tener a la mano el teléfono del médico de cabecera, hospital, ambulancia y un familiar.
- ☞ Seguir las indicaciones del médico.

- ☞ Acudir puntualmente a las citas médica y colocar un calendario donde se agenden las citas y que estén a la vista.
- ☞ Seguir el tratamiento farmacológico con ayuda de alguien más hasta que el tratamiento termine.
- ☞ Favorecer la actividad física y evitar la pereza estimulando a la paciente.
- ☞ Favorecer las salidas y paseos para evitar el aislamiento, así como las visitas a familiares y amistades.
- ☞ Horarios de comida establecidos, que sean equilibradas y atractivas.
- ☞ Asistir con el odontólogo para la realización de la prótesis dentaria.
- ☞ Seguir favoreciendo la independencia y el autocuidado.

REHABILITACIÓN DE FRACTURA DE CADERA PARA QUE DE CONTINUIDAD EL FAMILIAR

Los ejercicios que se deben de realizar para lograr una rehabilitación adecuada y que no dañe al paciente se inician de la siguiente forma:

- ☞ Se le pide al paciente que se siente en un lugar cómodo y en el que tenga un ángulo de 90° y pueda colocar toda la planta del pie en el suelo, se inicia con extensión de una pierna 5 series de 5 repeticiones cada una y se realiza lo mismo con la otra pierna.
- ☞ Se le indica a la paciente que ahora levante los pies y los deje en punta y regrese a la posición original 5 series de 10 repeticiones cada una.
- ☞ Se le indica a la paciente que extienda la pierna y que realice inversión y eversión 5 series de 10 repeticiones cada una lo mismo con la otra pierna.
- ☞ Se le indica a la paciente que extienda la pierna y que realice dorsiflexión y flexión plantar 5 series de 10 repeticiones cada una lo mismo con la otra pierna.
- ☞ Ahora se le pide a la paciente que se ponga de pie y se recargue en el respaldo de una silla se le indica que con la pierna afectada realice ejercicios de abducción

y aducción hacia los lados y hacia delante y atrás 5 series de 10 repeticiones cada una.

- ☞ Posteriormente se le indica que se sienta en la silla, se le coloca una pelota de plástico entre las rodillas y se le pide que haga presión a la pelota por 10 segundos 10 repeticiones.
- ☞ Se le indica a la paciente que camine una vuelta y que nos indique cuando se agote, se coloca una silla cerca de donde pasa la paciente para que cuando requiera sentarse lo pueda hacer y después reiniciar la caminata.

Los ejercicios aumentaran de acuerdo a los avances que tenga el paciente, asi como su tolerancia a la actividad.

PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es muy importante para tener una vida saludable, sobre todo cuando la edad aumenta ya que si no se realiza una actividad los músculos y las articulaciones se atrofian. Un ejercicio pasivo es eficaz en estos casos, por ejemplo:

- a) Tai Chi.
- b) Yoga
- c) Caminata.
- d) Ejercicios de calentamiento.
- e) Ejercicios de estiramiento.

- ☞ Se puede iniciar con movimientos del cuello de un lado hacia el otro como si la persona dijera “no”.
- ☞ De arriba hacia abajo como si la persona dijera “si”.

- ☞ Como si quisiéramos tocar el hombro con nuestra oreja de un lado y el otro.
- ☞ Hacer los hombros hacia arriba y abajo.
- ☞ Círculos hacia delante con los hombros, círculos hacia atrás.
- ☞ Doblar y extender los codos.
- ☞ Mover hacia dentro y hacia fuera las manos.
- ☞ Mover los dedos como si tocáramos el piano.
- ☞ Apretar el puño fuerte y soltar.
- ☞ Hacer rotación de la parte superior del cuerpo hacia la izquierda y hacia la derecha
- ☞ Doblar y extender las piernas y colocar de puntas los pies.

DATOS DE ALARMA

En caso de presentar alguno o varios de los síntomas siguientes, debe acudir al médico inmediatamente o llamarlo:

- ☞ Fiebre de más de 38 °C.
- ☞ Vómito.
- ☞ Diarrea.
- ☞ Dolor de estómago intenso, que incluso no permita el movimiento.
- ☞ Somnolencia excesiva.
- ☞ Taquicardia.
- ☞ Dolor en el pecho.
- ☞ Sangre en la orina.
- ☞ Ausencia de orina.

- ☞ Dificultad para respirar.
- ☞ Alucinaciones.
- ☞ Taquipnea.
- ☞ Presión arterial fuera de los rangos normales de acuerdo a la paciente.

Evitar la automedicación ya que se corre el riesgo de una intoxicación que puede ocasionar incluso la muerte.

8.2 Glosario.

AGENTES PROCRINÉTICOS: Agentes que se utilizan para favorecer la motilidad intestinal, para el control de la acidez gástrica, tratamiento de la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico.

ANDRÓGENO: Los andrógenos son hormonas sexuales masculinas y corresponden a la testosterona, la androsterona y la androstendiona; cuya función principal es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos.

CATARATA: Es la pérdida de transparencia del cristalino causado por enfermedad o el paso de los años.

CORTISOL: Hormona que se produce ante situaciones de emergencia y estrés.

CREPITACIÓN (OSEA): Ruido especial producido por el frote de los dos fragmentos óseos de un hueso fracturado.

CRISTALINO: Cuerpo transparente, en forma de lente biconvexa, situada detrás de la pupila del ojo y destinada a hacer converger los rayos luminosos de manera que formen imágenes sobre la retina.

CUERPOS CETÓNICOS: son el producto del desecho de las grasas, estas se producen cuando el cuerpo utiliza las grasas en lugar de los azúcares para generar energía.

DEFECOGRAFÍA: Estudio radiológico donde se examina la porción terminal del intestino grueso, y donde el paciente reproduce el acto defecatorio. Se recomienda en el estudio de la constipación severa u obstrucción defecatoria.

DERMATOMA: Área de la piel inervada por una raíz o nervio dorsal de la médula espinal.

DISNEA: Es la dificultad respiratoria o falta de aire.

DOPAMINA: Neurotransmisor secretado en los ganglios basales y el corpus striatum, que tiene como función el control de los movimientos motrices, emociones, sentimientos de placer, aumenta la presión arterial, la excreción de sodio, precursor de la adrenalina y noradrenalina así como intermediario en el metabolismo de las tiroxinas.

ESTASIS: Detención o disminución considerable de la velocidad de circulación o secreción de un líquido.

ESTRÓGENO: Hormona sexual femenina producido por los ovarios.

FASE IV (REM): Fase del sueño que se caracteriza por el movimiento rápido de los ojos, los sueños son más largos y reales.

MANOMETRÍA RECTAL: Técnica que permite valorar los movimientos del ano-recto mediante el registro de las presiones rectales y del conducto anal.

METEORISMO: Es un exceso de gases en el intestino que causa espasmos intestinales y distensión abdominal.

NEFRONA: Unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de filtrar la sangre para regular el agua y las sustancias solubles.

NICTURIA: Afección en la cual la persona se despierta varias veces durante la noche para orinar.

PEPSINÓGENO: Proenzima precursora de la pepsina, esta se activa al entrar en contacto con el ácido clorhídrico.

PRESBIACUSIA: Pérdida progresiva de la capacidad para oír altas frecuencia, ocasionado principalmente por la edad.

TERMORREGULACIÓN: Es la capacidad para regular la temperatura dentro de ciertos rangos, sin importar si la temperatura circundante es muy diferente.

8.3 Fuentes de información.

- ☞ Rodríguez Merchán, Ortega Andreu, Alonso Carro; FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO; Madrid, Ed. Medicina Panamericana, 2006, 246 p.
- ☞ Ward Robert C.; FUNDAMENTOS DE MEDICINA OSTEOPÁTICA; 2da Edición, Buenos Aires, Ed. Medicina Panamericana, 2006, 1404 p.
- ☞ Hernández Jaramillo, Janeth...[et.al], *Demencia tipo Alzheimer y Lenguaje*, Bogotá, Centro Editorial Universidad del Rosario, 2006.
- ☞ Carpentio-Moyet, PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA, Mc Graww. Hill.
- ☞ Quintanilla Martínez Manuel, CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICOS TOMO I, España, 2^{da} Edición, Ed. Monsa Prayma, 2006.
- ☞ Beers Mark H., EL MANUAL MERCK DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, España, 18^{va} Edición, Ed. Elsevier, 2006.
- ☞ Belsky Janet K., PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO TEORÍA, INVESTIGACIONES E INTERVENCIONES, España, 2^{da} Edición, Ed. Masson, 1996.
- ☞ Chang Gil Victor, FUNDAMENTOS DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN, Costa Rica, Ed. Universidad de Costa Rica, 2006.
- ☞ Netter H. Frank, GASTROENTEROLOGÍA, Barcelona, España, Ed. Elsevier- Masson, 2006.
- ☞ Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey DJ. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC). 5^a. Ed. Barcelona, España. Elsevier 2009.
- ☞ Heather H T. NANDA INTERNACIONAL DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011. Barcelona, España: Elsevier 2010.

- ☞ Moorhead S , J honson M . CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). 5ta.Ed. Elsevier; España, 2009, 871 p.p.
- ☞ Kisner Carolyn, Allen Colby Lynn; EJERCICIO TERAPÉUTICO; Ed. Paidotribo; Barcelona, España; 2005; 599p.
- ☞ F. Javier Laso; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN MEDICINA INTERNA; 2da. Edición; Ed. Elsevier; Madrid, España; 2005; 497 p.
- ☞ P. Habif Thomas... [et. Al.] ENFERMEDADES DE LA PIEL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO; 2da. Edición; Ed. Elsevier- Mosby; 2006; Madrid, España; 672 p.
- ☞ Wordreference.com, definición cuidado [sede web]. España:Wordreference.com; 2005- [actualizada el 1 de enero del 2011; acceso el 18 de marzo del 2011] Disponible en: <http://www.wordreference.com/>
- ☞ Psiquiatria.org.co, ativan [sede web]. Colombia: www.psiquiatria.org.co; 2010- [actualizada el 15 de marzo del 2011; acceso el 13 de noviembre del 2011] disponible en <http://www.psiquiatria.org.co/>
- ☞ Vademecum.es, medicamentos[sede web]. España:www.vademecum.es/; 2000- [actualizada el 3 de diciembre del 2010; acceso el 13 de noviembre del 2011] disponible en <http://vademecum.es/>