



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UN ADULTO MAYOR CON DETERIORO DE LA MEMORIA.

PRESENTA

Núñez Caballero Janet

No. Cuenta

408097002

Asesor académico



Mtra. Virginia Reyes Audiffred

México D.F. Noviembre 2012.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA.....	7
4. ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE ENFERMERIA UNIVERSITARIA EN EL HOGAR.....	8
5. MARCO TEORICO	
• Antecedentes del cuidado.....	9
• Modelo de Virginia Henderson.....	10
• Proceso de atención de enfermería y su aplicación con el modelo de Virginia Henderson.....	14
• Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).....	19
• Clasificación de resultados de enfermería (NOC).....	21
• Cambios fisiológicos en el adulto mayor.....	22
• Alzheimer.....	28
• Hipertensión arterial sistémica.....	33
6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
• Valoración.....	38
• Valoración de las 14 necesidades.....	39
• Datos de dependencia e independencia.....	43
• Identificación de diagnósticos de enfermería.....	48
• Plan de Atención de Enfermería.....	51
• Conclusiones.....	103
7. ANEXOS	
• Plan de alta.....	105
• Glosario.....	108
• Escalas de valoración.....	110
• Bibliografía.....	113

DEDICATORIAS

A mi padre que me enseñó que la
perseverancia es el motor de la vida
y por creer en mí.

A mi madre, mi ángel guardián.

A Javier y Camila por su apoyo, paciencia
y por ser parte de mí ser.

A mis hermanos por su complicidad
y amistad.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de Enfermería a un adulto mayor con deterioro de la memoria, se refiere al quehacer de enfermería en presencia del deterioro progresivo en los procesos del pensamiento.

Este trabajo se realizó debido a las demandas de cuidado de enfermería que requería una persona con tal afección, con el único fin de brindar cuidados enfermeros integrales y personalizados.

La característica principal de este tipo de demencia es la pérdida paulatina de la memoria, por tanto hay pérdida de la satisfacción de las necesidades básicas de manera autónoma.

El aumento de la esperanza de vida se asocia con la aparición de algunas enfermedades propias de la vejez; entre ellas las demencias y en específico la enfermedad de Alzheimer, esta enfermedad comienza con olvidos pequeños y a medida que avanza la enfermedad se deterioran las funciones cognitivas, en etapas avanzadas conduce a la dependencia total y la muerte.

El presente trabajo está basado en un caso clínico real. La actuación de enfermería es presentada de manera descriptiva; la información es obtenida a través de un instrumento cuali-cuantitativo, donde se identifican los problemas reales y potenciales de salud; los problemas que se identifican se redactan en forma de diagnósticos de enfermería validados (NANDA). El plan de cuidados se realiza a través de cuidados estandarizados (NIC y NOC), la evaluación se realiza a través de los resultados de la aplicación de las intervenciones de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El cuidar es la esencia de la Enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con padecimientos físicos reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud, por lo tanto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas que alteren la salud de las personas que cuidan. Todo esto se realiza a través del proceso de Atención de Enfermería que es de suma importancia para el desempeño profesional de enfermería.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia en los adultos mayores. En la actualidad se estima que hay 18 millones de casos en todo el mundo. En los próximos 30 años se espera que dos tercios de los casos de demencia habiten en países en desarrollo. La EA puede ser de tipo familiar (inicio temprano) o esporádico (inicio tardío). La EA de tipo familiar se debe a tres genes diferentes localizados en los cromosomas 14, 1 y 21, respectivamente. La EA de tipo esporádico hace su aparición a partir de los 65 años de edad. Este tipo de Alzheimer ha sido asociado con factores de riesgo de diferente naturaleza: el envejecimiento, genes de susceptibilidad y el ambiente.¹

Con base en los datos estadísticos en un futuro cercano un importante porcentaje de la población será de adultos mayores, por ello es de suma importancia el estudio y análisis de la situación biopsicosocial de los adultos mayores con EA, para estar en la posibilidad de aplicar el proceso atención de enfermería al adulto mayor con esta enfermedad y así brindar los cuidados específicos que requieren.

¹ Mena López Raúl, Luna Muñoz José; et. Al. HISTOPATOLOGIA MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (en línea). Revista digital Universitaria. El quehacer universitario en línea. (consulta 16/09/12). Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.4/num7/art20/nov_art20.pdf

OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar el proceso de Atención de enfermería de manera individualizada, con una visión biopsicosocial en la que las intervenciones de enfermería vayan dirigidas al individuo de acuerdo a las necesidades alteradas.

Objetivos específicos

Proporcionar cuidados de enfermería en el hogar a una paciente con deterioro de la memoria.

Mantener el bienestar de la paciente y su autonomía.

Garantizar la seguridad de la paciente frente a factores que pongan en riesgo su integridad física, social y emocional.

Educar a la familia acerca de la historia natural de la enfermedad.

Aumentar la disposición familiar en la implicación de los cuidados de la paciente.

METODOLOGÍA

El proceso de atención de Enfermería se aplicó a una persona de 78 años en el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar, a la que se le brinda el servicio a partir de agosto del 2011.

La paciente me fue asignada al azar por parte de las coordinadoras del servicio. Se aplicó un cuestionario de corte cuali-cuantitativo en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, de forma indirecta por medio del cuidador principal. Aplicados los cuestionarios se hizo la detección de las necesidades alteradas y a su vez se formaron los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo, el plan de cuidados se realizó mediante el NIC y el NOC.

Se hizo revisión de literatura sobre los cambios fisiológicos más comunes en el adulto mayor, así como las patologías que presenta, su tratamiento y su prevención.

Las intervenciones de enfermería se realizaron a partir de la tercera semana de enero, dos veces a la semana; de las 14 a las 20 hrs los sábados y de las 18 hrs a 6 hrs los domingos en el domicilio de la paciente. Cada mes se realizó la evaluación de resultados, por lo que se hicieron modificaciones necesarias al plan de atención.

ANTECEDENTES DE SERVICIO DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIA EN EL HOGAR

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 horas del día, a través de cuatro estudiantes de enfermería de 6to semestre. Para el mes de febrero, solicitan el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar 3 personas mas, por lo que es necesaria la difusión del programa entre estuantes de 5to semestre inscribiéndose a este 10, mas dos pasantes de enfermería asignadas a realizar su servicio social en el SEUH. Para el mes de agosto el SEUH proporciona cuidados de enfermería en promedio a 5 personas en los diferentes turnos a través de dos pasantes de enfermería y 20 estudiantes de 5to a 8vo semestre de la Licenciatura de 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 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 IN 310108. 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.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DEL CUIDADO

Los auténticos orígenes de la enfermería se pierden en el principio de los tiempos. Las actividades más primitivas para, "dar cuidados", era una noción ligada a cualquier forma de vida y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida.

Cuidar es por tanto conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones.

En la Revolución Industrial hubo mejoras en las condiciones de vida; aunque la mejora de las condiciones laborales y salariales contribuyeron notablemente al bienestar y salud general de la amplia clase obrera; esta población se concentro alrededor de las fabricas y de las ciudades, construyéndose las casas apiñadas y sin tener en cuenta los mínimos aspectos de salubridad. Esta fue una de las consecuencias más visibles de la industrialización. En este entorno los hábitos higiénicos constituyeron uno de los grandes retos del siglo para la salud, Florence Nightingale incorporó "elementos de los cuidados" dentro de este ámbito, contempló aspectos físicos del color, música y la influencia del cuerpo sobre el espíritu como medios de recuperación, también la higiene y el papel de la enfermera en la organización del entorno.

Desde una perspectiva global, los aspectos más significativos de la enfermería de los últimos años son: el cambio de orientación hacia la salud y hacia la enfermedad, la paulatina transformación de un criterio de dependencia médica y que más allá de esto existe una aportación propia y específica de la profesión de cuidar, que deben ser realizadas con plena responsabilidad sobre los mismos.^{2, 3}

² Colliere, M. F. Promover la vida. 2da edición. Editorial. Interamericana. 1993.

³ Atewell Alex. Florence Nigtingale (en línea). Revista trimestral de educación comparada. Vol. XXVIII, N° 1, marzo 1998, pg. 173-189. (consulta 16/09/12). Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas, durante la primera guerra mundial, desarrollo su interés por la enfermería, y en 1918 ingreso en la Army School of Nursisng de Washington D.C. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería. Cinco años más tarde ingresó en el teacher's College de la universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en formación de enfermería. En 1929 trabaja como supervisora de enfermería. Vuelve al Teacher's College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Henderson publicó por primer vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra "The principles and practice of nursing".

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

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

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

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

Henderson define la enfermería en términos funcionales como:

Enfermera: La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: Considera que la calidad de la salud más que la vida en sí misma, es esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno: Al entorno lo cita como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona: Considera a la persona/paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidad fundamental: Necesidad vital, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

Dependencia: Incapacidad del sujeto de adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Las necesidades humanas básicas según Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Establece tres niveles de atención entre enfermera-paciente. La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, la enfermera como ayuda para el paciente y la enfermera como compañera del paciente.

Sustitución. La enfermera sustituye las carencias de la persona debido a falta de fuerza, voluntad o conocimientos.

Ayuda. Auxiliar a que la persona recupere su independencia en periodos de convalecencia.

Compañía. Supervisa y educa al individuo pero él es quien realiza su cuidado.⁴

CONTINUO INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA.

Nivel=0 Independencia	La persona satisface por sí misma de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.
Nivel=1 Dependencia	La persona necesita a alguien para que le enseñe a cómo hacer para conservar o recurrir su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo hace bien o para que lo preste alguna ayuda.
Nivel=2 Dependencia	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
Nivel=3 Dependencia	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacción e sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho de ello.
Nivel=4 Dependencia	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.
Nivel=5 Dependencia	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

⁴ Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DEFINICIÓN

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el término se incluye también a la familia o la comunidad.

El Proceso de Enfermería es el método de la práctica de enfermería, ya que proporciona el elemento por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

IMPORTANCIA PARA LA PRACTICA DE ENFERMERÍA

- Desarrolla un plan eficaz y eficiente.
- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Evita que se pierda el enfoque holístico.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO

El proceso enfermero consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación., a lo largo de todas las etapas, la enfermera se guía por un modelo de enfermería.

Siguiendo el Modelo de Virginia Henderson, los 14 componentes de los cuidados de enfermería se orientarán en las cinco etapas del proceso.

Valoración: Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del paciente.

- Recolección de datos objetivos. Se obtienen a través del examen físico (son cuantificables observables, etc.)
- Recolección de datos subjetivos. Estos se refieren a las sensaciones ideas que obtenemos al comunicarnos con el paciente.

Las fuentes de obtención de datos son las siguientes:

- Paciente y su familia
- Registros médicos en el expediente
- Registros de enfermería
- Bibliografía referente al problema
-

Para la valoración debemos hacer:

- Entrevista
- Observación
- Examen físico (palpación, percusión y auscultación)

Después de haber obtenido todos nuestros datos objetivos y subjetivos los vamos a validar; esto quiere decir que vamos a asegurarnos que la información obtenida este completa y sea verdadera; persiguiendo el fin de no cometer errores a la hora de realizar nuestro diagnóstico y no llegar a conclusiones erróneas.

Posterior a este sigue la organización de datos que solamente es agrupar la información por categorías para tener más clara la información; el último paso es el registro de los datos que es tener por escrito toda la información obtenida para así tener la información relevante y no omitirla.

La agrupación de datos se realizará tomando como referencia las 14 necesidades básicas de salud, según el modelo de Virginia Henderson, y jerarquizándolas, esto nos va a orientar en la identificación de los diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes.

Diagnóstico: Es la segunda etapa del proceso de enfermería. Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia (sus necesidades y capacidades).

En cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud reales o potenciales se utilizarán las categorías diagnósticas de la NANDA.

El diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: Prevención; educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud, o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento.

El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar, y debe ser validado por el paciente cuando sea posible.

- Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis. Este punto se refiere a la revisión de la información agrupando los datos relevantes y en los que haya o parezca haber alguna relación; una vez que hayamos logrado unir las piezas clave de la información y le encontremos una correlación esto nos lleva automáticamente a la formulación de hipótesis entre las formulaciones nos podemos encontrar que la persona puede presentar:
 1. Problemas (reales o de riesgos) en donde puede haber colaboración de distintos profesionales de la salud (problemas de colaboración).
 2. Problemas (reales o de riesgo) que requieren atención especializada.
 3. Recursos personales o del entorno adecuados en esa situación concreta.

Formulación de problemas detectados

- Problemas de colaboración (PC). Es aquel donde el paciente requiere que la enfermera haga por él sus actividades y tratamientos.
- Dx enfermeros (DxE). Se hacen los diagnósticos de la NANDA. Estos diagnósticos pueden ser de riesgo o de salud.
- Dx real. Describe el proceso salud-enfermedad que tiene el individuo, familia o comunidad (manifestaciones, signos y síntomas).
- Dx riesgo. Estados de salud-enfermedad que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad más vulnerables.
- Dx de salud. Describe el nivel de salud pero que puede potencializarse.

Componentes de los diagnósticos.

Cada una de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA, consta de tres componentes: título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados.

Planificación: Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, Identificar los objetivos que se persiguen, actividades de enfermería y actividades del paciente y familia que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido. Registro del plan de cuidados.

-Fijación de prioridades. Aquí se detectan los problemas que requieren intervenciones de enfermería.

Debemos priorizar y para ello lo podemos dividir de la siguiente manera:

1. Problemas (PC o DxE) que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para la persona-familia sean prioritarios.
3. Problemas que contribuyen a la aparición de otros problemas.
4. Problemas que pueden abordarse conjuntamente por tener una misma causa.

5. Problemas que tienen una solución sencilla.

Formulación de objetivos:

Por cada diagnóstico que se identifique en el plan de cuidados, se debe elaborar un objetivo centrado en el paciente, que determine la resolución al problema que originó el diagnóstico de enfermería.

Se debe distinguir los problemas de colaboración y Dx enfermeros.

Problemas de colaboración: se debe tener cuidado ya que nuestros objetivos deben tomar en cuenta que colaboran otros profesionales.

Dx enfermeros: Se deben marcar objetivos claros para guiar la actuación del profesional de enfermería y que estén formulados de manera individualizada por cada paciente y según la demanda de sus necesidades.

Los resultados pertenecen a las siguientes áreas según el problema identificado:

1. Área cognoscitiva. Se refiere al aumento de conocimientos que tiene la persona o cambiar los conceptos equívocos que tenga.
2. Área psicomotriz. Adquisición o perfeccionamiento de habilidades psicomotrices.
3. Área efectiva o volitiva. Cambio en sentimientos, actitudes o valores.

Los cuales según el modelo de Virginia Henderson corresponden a las áreas problema de: conocimiento, voluntad y fuerza, respectivamente.

Ejecución: Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación, se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.

Preparación para la acción: Determinar si las actividades y las intervenciones aun son apropiadas en la situación actual del usuario.

Realización de las actividades: Ejecución de la actividad prescrita, Valoración continua de la respuesta del usuario.

Registro de la actuación.

Evaluación: Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos, ¿Se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas? ¿En qué medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? ¿Qué cambios hay que introducir?

La evaluación del logro o no logro de objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación se debe hacer junto con el paciente.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.⁵

⁵ Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

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 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 en 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 por tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizada y que no debe cambiarse cuando se utiliza.

Sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente de entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos.

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

Las intervenciones NIC se han relacionado con los diagnósticos NANDA, y se ha traducido a 9 idiomas, la clasificación se actualiza continuamente a través de un proceso continuo de retroalimentación y revisión.⁶

⁶ Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey DJ. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC), 5ª edición, España. Elsevier 2009.

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

En 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”.

Distintas situaciones en la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta de organización y ambientales que influyen en la selección y 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 5 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 del 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.⁷

⁷ Moorhead Sue, Johnson Marion, et. Al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4ta edición. Editorial Elsevier Health Sciences.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR

Sistema cardiovascular

Aumento de colágeno localizado en las capas subendocárdica y subepicárdica.

En el sistema valvular es frecuente la calcificación de anillos y de las válvulas así como la degeneración mucosa de las valvas de la mitral.

En el sistema de conducción se producen acumulaciones grasas, junto con un descenso pronunciado en el número de células marcapasos de dicho nódulo.

En la circulación periférica existe un engrosamiento parietal progresivo, con un aumento de rigidez de los vasos y una mayor resistencia a la deformación. Esto se traduce a una aterosclerosis generalizada.

Aparato respiratorio

Los pulmones del anciano disminuyen de tamaño, pesan aproximadamente un 20% menos que los del adulto.

Existe pérdida de la elasticidad pulmonar.

En las costillas y vertebras puede existir un proceso de descalcificación. También suele producirse la calcificación de los cartílagos costales.

En la circulación bronquial pueden observarse cambios arterioescleróticos.

Se produce una disminución de la cuantía y la actividad de los cilios, junto con un deterioro del reflejo tusígeno. Durante el sueño hay una disminución del número de inspiraciones profundas. Todos estos cambios predisponen a la presencia de infecciones respiratorias.

Aparato digestivo

Hay cambios degenerativos tanto neuronales como en el tejido conjuntivo y pérdida de elasticidad del tejido conjuntivo. La atrofia y desdiferenciación de las células epiteliales de la mucosa, sobre todo las que contienen elementos glandulares, produce una limitación en su función secretora. Todas estas alteraciones, junto con los posibles factores ambientales, producen modificaciones en la flora intestinal.

Disminución de la secreción salival.

Puede haber disminución de la respuesta peristáltica y aumento de la no peristáltica, retraso del tiempo esofágico y una mayor incompetencia del esfínter.

En el estómago puede haber trastornos en la motilidad, con retraso en el vaciamiento para alimentos líquidos, descenso de la secreción ácida y de pepsina, que puede producir la disminución de la absorción de Hierro y vitamina B12.

En el intestino delgado se produce pérdida de peso y de cantidad del área mucosa. Suele haber también un enlentecimiento del tránsito intestinal que puede favorecer el estreñimiento.

Hígado. Hay una disminución del tamaño y peso a partir de los 50 años, que se acelera a partir de los 70.

Disminuye el flujo sanguíneo, que influye directamente en la capacidad metabólica del hígado.

Se produce una disminución de la síntesis de proteínas.

Hay reducción del metabolismo por oxidación y mantenimiento normal de la vía de acetilación, lo que afecta al metabolismo de los fármacos que se pueden administrar al anciano.

Páncreas. Hay disminución de tamaño y peso en relación con la edad.

La secreción exocrina disminuye con la edad, pero el páncreas dispone de una gran reserva funcional.

Sistema endocrino

Hipófisis. La secreción de ADH no se modifica con la edad, pero si hay cambios en el comportamiento y la respuesta a determinados estímulos.

Tiroides. Existe una progresiva fibrosis, infiltración linfocitaria, disminución del tamaño de los folículos y del contenido coloidal. Hay aumento de la modularidad. Estos cambios anatómicos e histológicos reflejan un fenómeno autoinmune.

La respuesta de la TSH la TRH puede disminuir en el anciano. Hay disminución en la secreción tiroidea.

Corteza suprarrenal. Hay disminución en la producción de andrógenos adrenales tanto en el varón como en la mujer.

Médula suprarrenal. Hay aumento de los niveles de noradrenalina tanto basales, como ante diferentes estímulos.

Páncreas endocrino. Hay modificación de tolerancia a la glucosa en relación con el envejecimiento. Los valores basales de glucosa aumentan, así como los valores de glucosa posprandial (1-2 mg/dl/10 años).

Sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Sistema nervioso central

Se produce una disminución de peso entre un 5 y un 10 % de los 20 a los 90 años, así como en el volumen cerebral, lo que determina la presencia de atrofia cerebral.

La sustancia gris disminuye de los 20 a los 50 años, y a partir de ese momento también la sustancia blanca. Las meninges presentan fibrosis e incluso calcificaciones.

Disminuye el número de neuronas, y atrofia neuronal.

En la zona cortical se ven afectadas sobre todo las áreas correspondientes a los órganos de los sentidos y algo menos marcadas las áreas motoras y menos en las áreas asociativas.

La inteligencia cristalizada, relacionada con conocimientos adquiridos, no se modifica, mientras que si se modifica la inteligencia fluida, que refleja la habilidad para procesar y manipular nueva información.

Hay disminución en la memoria sensorial y de fijación, sin que se vean afectadas la memoria inmediata y de evocación.

Hay una disminución de la capacidad de integración visuoespacial y un aumento de tiempo de reacción.

Se produce una disminución de las horas de sueño profundo y de las horas de sueño REM, con un aumento del número de despertares profundos.

Sistema nervioso periférico

Se produce una pérdida progresiva del número de unidades motoras funcionantes a partir de los 60 años, que se compensa con un agrandamiento gradual de las unidades motoras restantes, lo que lleva a una reinervación de las fibras musculares.

Signos neurológicos de los ancianos

Signos motores. Disminución de la fuerza muscular y puede verse cierto grado de atrofia muscular en los músculos intrínsecos de manos, pantorrilla y muslo.

Cambios sensoriales. Se produce una disminución de la sensibilidad táctil y de la sensibilidad vibratoria. Aumenta el umbral de diferenciación entre frío y caliente y disminuye la percepción del color.

Reflejos tendinosos. El tiempo de reflejo tendinoso aumenta con la edad.

Postura y marcha. Hay una tendencia a la flexión ligera de caderas y rodillas. La velocidad de la marcha disminuye debido a un acortamiento en el paso y el mayor tiempo de apoyo de los pies en el suelo.

Órganos de los sentidos

Ojos. Tendencia a miosis y disminución de la reacción de la pupila a la luz, existe un engrosamiento del cristalino, en la cornea puede haber un anillo periférico de depósitos de lípidos (arco senil), y se produce una pérdida de células nerviosas desde la retina hasta la corteza cerebral.

Oído. El número de glándulas de cerumen disminuye con la edad. Pero el cerumen producido es más seco, por lo que hay más riesgo de tapones en el canal auditivo.

La membrana timpánica pierde elasticidad, hay cambios degenerativos en las superficies articulares de los huesecillos del oído medio, existe atrofia de las células cocleares y descenso de neuronas auditivas.

Sistema nefro-urológico

Tracto urinario superior. Hay una disminución de la masa renal, y un descenso total que pasa de 250-270 g en un adulto joven a 180-200 g a los 70 años. Existe un aumento progresivo de la grasa intra y perirrenal.

Disminución del número y tamaño de las nefronas.

Se produce una disminución de la capacidad de excreción y reabsorción de los túbulos renales.

Tracto urinario inferior. En la vejiga se produce un aumento de colágeno, lo cual puede afectar sus propiedades mecánicas y contráctiles.

En la uretra se produce una mayor fragilidad, disminución del flujo vascular y menor grosor muscular de la uretra que condiciona una disminución del cierre

uretral. En el caso de las mujeres y como consecuencia de partos previos, se puede distorsionar el suelo pélvico.

La involución que aparece en la glándula prostática es resultado de la disminución de las hormonas masculinas circundantes.

La contractibilidad vesical y la capacidad para posponer la micción disminuyen con la edad.

La aparición de nicturia es frecuente en los ancianos.

Aparato genital. Hay atrofia generalizada en los ovarios, útero y vagina. En la mucosa vaginal se produce un aumento del pH, y una disminución de las secreciones y del flujo sanguíneo, con la consecuencia de pérdida de mecanismos de defensa y mayor riesgo de infecciones.

En los testículos se produce una disminución del tamaño, pero se mantiene la espermatogénesis. La prevalencia de disfunción eréctil también aumenta, aunque la principal causa de impotencia en el anciano son las enfermedades orgánicas.

Sistema musculoesquelético

Hueso. Existe una pérdida de masa ósea, ya que se produce un aumento de la actividad osteoclástica y una disminución de la actividad osteoblástica.

Articulación. El inicio de los cambios en las articulaciones se sitúa alrededor de los 20-30 años.

En el cartílago articular se produce una disminución de la elasticidad, cambio de color, superficie más fina y frías, mayor facilidad de pequeños desgarros, disminución de la resistencia al sobrepeso sin fisurarse o erosionarse.

Hay disminución de la viscosidad del líquido sinovial y cambios de tipo fibrótico en la membrana.

En los tendones mayor rigidez y pérdida del contenido hídrico.

En los discos intervertebrales se produce una degeneración que puede llevar a una disminución del espacio discal intervertebral.

Músculo. Se produce una disminución de la masa corporal magra, sobre todo a expensas del músculo esquelético. Paralelamente hay un incremento de la masa grasa. El efecto del envejecimiento sobre el músculo esquelético se traduce en el fenómeno conocido como sarcopenia o pérdida de fuerza y funcionalismo muscular.

Piel y tejido conjuntivo. Existe disminución de la densidad y la irrigación sanguínea dérmica, del recambio dérmico y de los melanocitos. Hay un adelgazamiento de la unión dermoépidermica y una pérdida de colágeno junto con atrofia de glándulas sudoríparas. Como consecuencia hay aparición de arrugas, alopecia y encanamiento del cabello.

Sistema hematopoyético. En la médula ósea se produce un aumento de grasa y una disminución del tejido hematopoyético, descenso en la actividad de la médula ósea.

Otras alteraciones

Capacidad aeróbica. Disminuye en los ancianos sedentarios en un 10% por década. Esto se relaciona con el declinar del sistema cardiovascular y el descenso de la masa muscular.

Temperatura corporal. Con la edad se produce un deterioro de la regulación de la temperatura y de la capacidad de adaptarse a diferentes temperaturas ambientales.⁸

⁸ Guillen Llera Francisco, Ruipérez Cantera Isidoro, Manual de Geriátría, 3ra edición. Editorial. Masson 2003.

ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo que ocasiona un deterioro lento pero continuo en las funciones de la memoria, la personalidad y el juicio, así como de las capacidades intelectuales, físicas y emocionales de la persona que la padece. Su prevalencia se duplica cada 5 años después de los 65 años, constituye del 50 al 60 % de los síndromes demenciales en estudios post mortem.

El curso natural de la EA, está muy relacionado con los cambios histopatológicos que ocurren en el cerebro de estos pacientes.

La búsqueda de marcadores biológicos potenciales para el diagnóstico precoz, constituye una de las estrategias actuales, en la E A, entre éstos se citan:

1. Atrofia del hipocampo.
2. La liberación de la proteína Tau por las neuronas lesionadas.
3. El uso de sustratos como energía alternativa.
4. El depósito excesivo de la proteína B amiloide.
5. La presencia del alelo de la apolipoproteína E4.
6. Las mutaciones en los genes del precursor de la proteína amiloide (PPA) y la presenilina 1 y 2.

Factores de riesgo genético

Edad. Conforme pasa el tiempo, la prevalencia se duplica aproximadamente cada 5 años.

Sexo. El Alzheimer es una enfermedad ligeramente más prevalente en mujeres que en hombres. Esta observación puede tener su explicación en que las mujeres suelen tener una esperanza de vida media superior a la de los varones, aunque también se barajan diferentes hipótesis como que la falta de protección hormonal que presenta la mujer en la menopausia la hace más vulnerable a muerte neuronal.⁹

⁹ Mena López Raúl, Luna Muñoz José; et. Al. Histopatología molecular de la enfermedad de Alzheimer (en línea). Revista digital Universitaria. El quehacer universitario en línea. (Consulta 16/09/12). Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.4/num7/art20/nov_art20.pdf

Historia familiar y disposición genética. Si la enfermedad del paciente empezó después de los 65 años, el riesgo de contraerla es mínimo. Sin embargo cuando existen varios casos en una familia puede indicar un componente genético denominado Alzheimer familiar, esto es, que su inicio sea entre los 40 y 50 años, se haya presentado en tres o más generaciones sucesivas y que la edad del principio de la enfermedad haya sido similar en los familiares que la contraen; entonces el riesgo de contraerla es mayor.

Síndrome de Down. Cuando estos pacientes sobreviven después de los 35 años, desarrollan las mismas placas seniles y marañas neurofibrilares que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

Factores de riesgo no genético

Deterioro cognitivo leve.

Factores cardiovasculares. Un estudio reveló que niveles elevados de un aminoácido llamado homocistina (factor de riesgo para enfermedades cardíacas) están asociadas con un riesgo elevado de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Daño oxidativo de los radicales libres.

Demasiados radicales pueden dañar las células porque son muy activos y rápidas y fácilmente pueden alterar otras moléculas cercanas, como las que están en las membranas de las células de las neuronas o en el ADN.

Exploración física y pruebas de laboratorio

El examen neurológico en el envejecimiento, en la demencia y en cualquier persona, comprende además de la exploración del estado mental, el examen de los pares craneales, la motilidad, la sensibilidad y reflectividad, así como la marcha. El más importante propósito de la evaluación médica es descartar una causa reversible o potencialmente curable de demencia, así como identificar cualquier condición tratable que cause o agrave ésta.

El examen psiquiátrico del paciente con demencia comprende la evaluación y tratamiento, de las manifestaciones conductuales reportadas en el 52 % de pacientes con EA en estadios iniciales, la cual se eleva hasta el 80 % en los estadios avanzados. Los síntomas más comunes son: la agitación, la depresión, la apatía, los trastornos del sueño, ideas paranoides, alucinaciones e ilusiones y la labilidad afectiva.

Otro aspecto importante de la evaluación psiquiátrica es el diagnóstico diferencial entre la depresión, delirium o estado confusional y demencia.

En la evaluación neuropsicológica, las pruebas que han demostrado una mayor sensibilidad en el diagnóstico temprano, son las que exploran:

- Memoria episódica o memoria para sucesos recientes y remotos.
- Lenguaje, particularmente fluencia verbal.
- Funciones ejecutivas.

Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer

Los inhibidores de la colinesterasa son en la actualidad las drogas más utilizadas en el tratamiento sintomático de la enfermedad y con mejores resultados. La acetilcolina es sintetizada en las neuronas presinápticas de sus precursores colina acetilcolina, por la enzima colina acetiltransferasa (ChAT); cuya actividad se encuentra reducida en los cerebros de pacientes con EA.

La tacrina (tetrahidroaminoacridina o cognex), el primer inhibidor de la colinesterasa, aprobado por la FDA, en 1993 para el tratamiento de la EA, ha demostrado mejoría clínica en el 20 al 30 % de pacientes con formas ligeras a moderadas de la enfermedad. Sin embargo, los efectos colaterales que incluyen hepatotoxicidad y pobre tolerancia gastrointestinal limitan su uso en algunos pacientes. Por otra parte, requiere su administración 4 veces al día comenzando con una dosis mínima de 10 mg cada 6 h, que se incrementa progresivamente cada 4 a 6 semanas hasta alcanzar los niveles terapéuticos (120-160 mg/d).

El donepezil (aricept, E2D2D), aprobado para el tratamiento de los estadios iniciales y moderados en un mayor número de países incluidos EE. UU. y Europa, es un inhibidor específico y reversible de la acetil colinesterasa, con un mínimo de efectos indeseables y la ventaja de su utilización en dosis única. Su larga vida media en plasma (aproximadamente de 70 h) permite además que se alcance de forma gradual su concentración estable usualmente en 14-21 d. Después de 6 semanas, el porcentaje de inhibición de la acetil colinesterasa en la membrana del eritrocito es de 63,7 y de 77,3 % con 5 y 10 mg/d, respectivamente.

Diversos estudios reportan efectos beneficiosos del empleo de los estrógenos en la memoria de las mujeres posmenopáusicas. Estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de EA es significativamente menor en mujeres con terapia hormonal sustitutiva, y que aquéllas que ingieren sexoesteroides tienen un riesgo menor de desarrollar la enfermedad o la presentan en edad más tardía y

con menor severidad. A pesar del efecto neuroprotector de los estrógenos, su uso en la EA se ha visto limitado por los efectos adversos (ejemplos, carcinoma uterino, feminización en hombres, entre otras).

Las intervenciones para las manifestaciones conductuales deben ser guiadas por el grado de distrés y del riesgo de pacientes y cuidadores; si hay poco distrés o peligro, reaseguración y distracción a menudo es lo único que se requiere. Si el paciente u otros están en peligro se necesita tratamiento farmacológico. La primera prioridad en estos casos es una correcta evaluación médica, ya que la agitación, la ansiedad, el insomnio, la agresividad y la confusión, entre otros, puede deberse a un problema médico oculto, discomfort físico, hambre, constipación, medicación inadecuada, cambios en el entorno familiar, etc.

Otro principio útil es comenzar y mantener la dosis mínima necesaria, para el alivio o desaparición de los síntomas, recordar la coexistencia de otras patologías crónicas y medicaciones en el anciano y los efectos colaterales e interacciones de los medicamentos empleados.

Los antipsicóticos más utilizados incluyen la tioridazina, el haloperidol, la clorpromacina y los agentes más recientes como la clozapina y la risperidona.

Las benzodiazepinas pueden tener más alta probabilidad de efectos colaterales y más baja probabilidad de beneficios que los antipsicóticos, sin embargo, pueden ser de ayuda tratando la agitación en aquellos pacientes en que la ansiedad es prominente.

Tratamiento de la depresión

Los antidepresivos se usan para mejorar la apatía, el status funcional y cognitivo, así como la calidad de vida, en el paciente deprimido. Muchos clínicos eligen un inhibidor de la recaptación de serotonina como tratamiento inicial, por sus efectos colaterales más leves y su empleo en una sola dosis como la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina se citan entre los más recomendados.

Complicaciones

- Pérdida de la capacidad para funcionar o de cuidarse a sí mismo
- Complicaciones ocasionadas por la inmovilidad
- Escaras, resultado de injurias inadvertidas y accidentales
- Fracturas óseas
- Contracturas y dificultades musculares
- Pérdida de la capacidad para interactuar con otros

- Incremento en la incidencia de infecciones en cualquier parte del cuerpo
- Fallas en los sistemas corporales
- Disminución de las expectativas de vida
- Abuso por parte de la persona que cuida al enfermo y que se encuentra muy estresada
- Efectos secundarios de algunos de los medicamentos

Pronóstico

El trastorno avanza de manera progresiva. Es común que el paciente se vuelva totalmente incapacitado con el tiempo y la muerte normalmente sucede en un lapso de 15 años, por lo general por una infección o una falla de otros sistemas corporales.¹⁰

¹⁰ Fera. O. Marcela Alzheimer: una experiencia humana 1ra edición. Editorial Pax México.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

Se considera que un adulto padece hipertensión cuando presenta cifras sostenidas para la presión arterial sistólica, iguales o mayores a 140 mmHg y/o para la presión diastólica, de 90 mmHg.

Factores de riesgo

Raza (incidencia mayor en negros que en blancos), edad (antes de los 60 años de edad, aumenta después de esa edad de manera exponencial en 30% de los individuos), género (frecuencia mayor en hombres que en mujeres de los 45-65 años de edad y se iguala después de los 65), obesidad, ingesta excesiva de sal (> 60 mmol/día), consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, DM, dislipidemia, herencia y tabaquismo.

Clasificación etiológica.

Primaria o esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardiaco, las resistencias arteriolas periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.

Secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser:

Renal: glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales.

Vascular: Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, renovascular, trombosis de la vena renal, arteritis.

Endocrina: Enfermedades de tiroides o paratiroides, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.

Del sistema nervioso central: Tumores, encefalitis, apnea del sueño.

Físicas: Quemaduras.

Inducidas por medicamentos: Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos.

Inducidas por tóxicos: Cocaína, orozuz (Regaliz), plomo.

Inducidas por el embarazo: Incluye pre-eclampsia y eclampsia.

Diagnóstico

El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda.

El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superior a las consideradas en la definición de Hipertensión Arterial Sistémica.

Cuando la PA sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS se utilizará el valor más alto para clasificarlo.

Los individuos con PA óptima o normal serán estimulados para mantener estilos de vida saludables.

Aquellos pacientes con PA fronteriza serán enviados a recibir tratamiento conductual con el fin de reducir los niveles de PA al óptimo.

Estudios y pruebas de laboratorio

A la confirmación diagnóstica, el paciente requiere historia clínica completa que incluya la clasificación del riesgo, valoración del fondo del ojo y los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete:

Indispensables:

- Hemoglobina y hematócrito
- Ácido úrico
- Creatinina
- Examen general de orina
- Glucosa sérica
- Perfil de lípidos: colesterol total, HDL-colesterol,
- LDL-colesterol, triglicéridos
- Potasio y sodio séricos
- Electrocardiograma
- De acuerdo a disponibilidad: Ecocardiograma

Opcionales:

- Ecocardiograma
- Microalbuminuria
- Monitoreo ambulatorio de la PA
- Radiografía PA de tórax
- Ultrasonido carotídeo

Especiales:

- Los que se requieran por:
- HAS complicada: estudios de cerebro, corazón o riñones.
- Sospecha de HAS secundaria

Tratamiento y control

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.

Medidas no farmacológicas

a) reducción de peso; b) reducir el consumo de alcohol : < 30 ml/día; c) ejercicio dinámico regular: 5 veces/semana al menos 30'; d) dieta: restricción de sodio: < 6 gr/día; e) suspender el tabaquismo.

Medidas farmacológicas

a) Diuréticos: Utilizar preferentemente tiazidas (hidroclorotiazida y clorotiazida) y, eventualmente, diuréticos de asa (furosemida, bumetanida, torasemida y ácido etacrínico) o ahorradores de potasio (amilorida y triamtereno) y antagonistas de aldosterona (espironolactona).

b) β bloqueantes: aprobados para el tratamiento de la HAS: propranolol, nadolol, metoprolol, atenolol, timolol, betaxolol, carteolol, pindolol, acebutolol y labetalol.

c) Antagonistas adrenérgicos centrales: metil-dopa, clonidina, guanabenz y guanfacina.

d) Antagonistas simpáticos periféricos: reserpina y guanetidina.

e) Bloqueadores α – adrenérgicos: prazosina, terazosina y fenoxibenzamina.

f) Calcioantagonistas: dihidropiridinas (nifedipino, nicardipino, isradipino, felodipino y nimodipino, amlodipino, nitrendipino, lecardipino), diltiazem y verapamilo.

g) Vasodilatadores directos: periféricas. hidralazina y minoxidil.

h) IECA: captopril, enalapril, fosinopril, benazepril, quinapril, ramipril y lisinopril.

i) Antagonistas de receptores de angiotensina II: valsartán, losartán, irbesartán, candesartán, telmisartán.

Prevención primaria

La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición.

Los programas para el control de esta enfermedad deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria, que tiene dos estrategias: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo.

Prevención entre la población general: Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y de sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Control de peso: el IMC recomendable para la población general es > 18 y < 25 .
Actividad física: La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la PA.

Se recomienda actividad física hasta alcanzar 30 minutos la mayor parte de los días de la semana o incrementar las actividades físicas diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.). Se recomienda ejercicio de intensidad leve a moderada, de naturaleza rítmica, que se realizará en forma continua durante la sesión de ejercicio y que utiliza grandes grupos musculares, como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, ciclismo, natación, gimnasia rítmica y baile.

Consumo de sal: Su ingestión no deberá exceder de 6 gr/día (2.4 gr de sodio).

Consumo de alcohol: La recomendación general es evitarlo o en su caso, moderar su consumo, que no deberá exceder de 30 mL de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo, a la mitad.

Dieta recomendable: Los lineamientos de una alimentación saludable destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.

Específicamente, en relación con la PA debe promoverse una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio, mediante consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

Tabaquismo: Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia deberá suprimirse o evitarse.¹¹

¹¹ Mckenzie, C.R. Hipertensión. Definiciones y Valoración Diagnóstica, en Manual Washington de Terapéutica Médica, 10ª edición, Masson ,México, 1999. 69-90.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Se trata de paciente femenino de 79 años de edad, originaria del Acapulco Guerrero y residente en el Distrito Federal, proviene de un nivel socioeconómico alto. Entre los antecedentes patológicos presenta Enfermedad de Alzheimer de 15 años de evolución e Hipertensión arterial diagnosticada y tratada hace 42 años.

En el 1996 comienza a manifestarse la enfermedad; pero la Sra. Hilda se oponía a consultar a algún médico.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía la diagnostican con la enfermedad de Alzheimer en el 2001, inicia tratamiento que a la fecha sigue siendo el mismo y en la misma dosificación.

En la valoración inicial es una mujer adulto mayor, que no se encuentra ubicada en lugar, tiempo, espacio, se encuentra con alteraciones en las necesidades básicas. Por tal motivo solicitan Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar.

Signos vitales: FC 70 x min. FR. 16 x min. Temp. 36° c T/A 110/50

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

I. Necesidad de respirar

Vía aérea permeable, fosas nasales limpias, campos pulmonares bien ventilados de adecuada amplexión y amplexación, movimientos tóraco-abdominales sin alteraciones, llenado capilar de 2 segundos.

Micardis 12.5 mg c/24 hrs.

Aspirina protect c/ 48 hrs.

II. Necesidad de nutrición e hidratación

Realiza tres comidas al día. Su alimentación es rica carbohidratos consume 3 piezas de pan, de una a dos natillas diarias y jugos comerciales diariamente, no consume frutas ni verduras, los alimentos que consume son del agrado del paciente; el consumo de agua es de medio a un litro diario, no consume agua simple.

No tiene dificultad para manejar los utensilios, ni llevar los alimentos con los utensilios a la boca, no puede preparar su comida, no come en el comedor, en la mini valoración nutricional se detectan alteraciones en diferentes rubros como alteración de la memoria, consumo de más de 3 medicamentos al día, solo hace 2 comidas completas, no consume frijoles y/o huevo, ni frutas y verduras, se alimenta sola, obteniendo un puntaje de 17 que indica riesgo nutricional.

Mucosas orales semihidratadas, la valoración de la salud oral por la escala de GOHAI arroja mala salud oral ya que algunas veces limita el consumo de algún tipo o cantidad de comida por problema de sus dentadura, al igual que presenta problemas para morder o masticar cualquier tipo de alimento, llega a sentir molestia con el consumo de algunos alimentos, no le preocupan los problemas de sus dientes.

Peso. 54 kg.

Talla. 145 cm

IMC. 25.68 Kg/m².

Ensure 1 por las mañanas.

III. Necesidad de eliminación

Micciona de 500 a 1000ml en 24 horas, con una frecuencia de 3 a 5 veces al día, las características son amarillo fuerte, olor penetrante, cantidad disminuida. Usa calzoncillo desechable durante el día y por las noches usa pañal ya que tiene incontinencia urinaria y fecal.

El abdomen es semiblando, a palpación se detecta bolo fecal compacto, padece de estreñimiento, tiene hemorroides y consumo de dieta pobre en fibra. Habito intestinal 1 vez cada tercer día, color marrón, olor característico, consistencia secas y duras, hace uso del sanitario solo mientras se le lleve, toma laxante todos los días.

En la escala de BARTHEL Modificada da resultado de 21/100 en la que se encuentran que es dependiente total para el baño al igual que para ir al sanitario, deambula con ayuda continua de una o más personas, requiere ayuda continua para el aseo personal (colabora algo), micciona con ayuda frecuente (micciona en el sanitario solo mientras se le lleve, sin embargo no manifiesta la necesidad de eliminación), tiene incontinencia fecal frecuente, en el traslado sillón-cama requiere ayuda frecuente, para vestirse tiene dependencia total, el uso de escaleras requiere supervisión continua y/o ayuda ocasional y en la alimentación come solo con supervisión. Estos resultados refieren un nivel de dependencia total.

Lactulax 1 cucharada diaria por las noches.

IV. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Según el resultado del cuestionario de actividades físicas de NAGI Puede extender los brazos por debajo de los hombros sin dificultades y por arriba de los hombros lo hace con cierta dificultad, las manos las mantiene empuñadas la mayoría del tiempo por lo que no sostiene o agarra objetos pequeños y tampoco carga objetos menores de 5 kg, en la deambulación necesita ayuda continua de una o más personas, marcha lenta e insegura no permanece parada por más de 15 minutos. En el traslado sillón-cama requiere acompañamiento y supervisión así como al subir y bajar escaleras. No puede mover objetos grandes, levantar objetos mayores a 5 kg ni encorvarse, agacharse y arrodillarse. Presenta disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos y disminución de la resistencia muscular en las cuatro extremidades. En la escala de marcha y balance de TINETTI obtuvo una puntuación de 4 equivalentes a alto riesgo de caídas.

V. Necesidad de descanso y sueño

Basada en la escala de somnolencia de EPWORTH se detecto una somnolencia excesiva diurna con un puntaje de 24. Y con la escala de ATENAS de insomnio no se detectaron problemas.

Bromazepam 1 cada 24 horas.

VI. Necesidad de usar prendas adecuadas

En la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria de LAWTON Y BRODY (AIVB) se detecta a la Sra. Hilda como dependiente con 0 puntos en la que refiere que es incapaz para usar el teléfono, viajar en autobús o taxi e incapaz para realizar sus compras así como la preparación de alimentos, quehaceres del hogar, no puede responsabilizarse de la medicación y no puede manejar dinero. También se detecto deterioro de la capacidad para elegir ropa, agarrar la ropa, abrocharse, ponerse y quitarse la ropa, tanto en la parte superior como en la inferior, no se quita calcetines ni zapatos y tampoco puede obtener o remplazar los artículos de vestir.

VII. Necesidad de termorregulación

Eutérmica en el momento de la exploración no tiene la autonomía para protegerse de los cambios de temperatura, pero manifiesta la sensación de frio y/o calor frecuentemente.

VIII. Necesidad de higiene y protección de la piel

No se lava la boca, ni las manos. Se baña cada tercer día, tiene dificultad para entrar y salir del baño, obtener artículos del baño, regular la temperatura o flujo de agua, lavar la totalidad del cuerpo, secarse el cuerpo, dificultad para levantarse del WC y para manipular la ropa y realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

En la escala de NORTON (Riesgo de úlceras por presión). Se encuentra en riesgo inminente de ulceración con 13 puntos.

IX. Necesidad de evitar peligros

La adulta mayor tiene incapacidad para distinguir los colores, déficit auditivo, no se aplica la vacuna de neumococo, influenza y tétanos. Entre los aditamentos que hace uso son los anteojos y silla para baño, en la vivienda tiene animales domésticos, su habitación no se encuentra en la planta baja y el baño es muy pequeño.

X. Necesidad de comunicarse

Tiene esposo, hijos y parientes con los que tiene contactos frecuentes, no tiene amigos, no acude a grupos de apoyo comunitario, acude a centros institucionales (hospitales) menos de una vez al mes. En la valoración se encuentra que la AM tiene dificultad para formar frases así como para mantener el patrón de comunicación habitual, desorientación en espacio, tiempo, lugar y verbalización dificultosa. Tiene déficit auditivo leve, presenta cambios repentinos de humor, la familia manifiesta que últimamente es muy agresiva.

XI. Necesidad de vivir según sus creencias religiosas

Su cuidador principal menciona que antes de enfermar ella no asistía a centros religiosos ni era devota, en la recamara se encuentran imágenes religiosas.

XII. Necesidad de trabajar y realizarse

No realiza ninguna actividad durante el día permanece sentada o acostada.

XIII. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Algunas veces ve la televisión, en algunas ocasiones su hija la lleva a dar un paseo o a comer un helado.

XIV. Necesidad de aprendizaje

Tiene educación de nivel superior, conserva las funciones de leer y escribir, aun recuerda contar del 1 al 25, no recuerda actividades recientes, caras familiares, la memoria de corto plazo está completamente afectada, y moderadamente afectada la de largo plazo ya que no recuerda el nombre de sus hijos, esposo, pero aun recuerda los nombres de sus hermanos y padres. No se encuentra ubicada en lugar, tiempo y espacio. Debido al deterioro cognitivo en el que se encuentra la Sra. Hilda no se pudo valorar el examen modificado de Folstein.

Memantina 10 mg C/12 hrs.

Fluoxetina 20mg c/24 hrs.

Galantamina 16 mg c/24 hrs.

DATOS DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA

NECESIDAD	DATOS DE DEPENDENCIA	DE DATOS DE INDEPENDENCIA
OXIGENACIÓN		Vía aérea permeable, fosas nasales limpias, campos pulmonares bien ventilados de adecuada amplexión y amplexación, movimientos toracoabdominales sin alteraciones, llenado capilar de 2 segundos.
NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E Su alimentación es rica en proteínas y carbohidratos, no consume frutas ni verduras, el consumo de agua es de medio a un litro diario, no consume agua simple. Come solo bajo supervisión, en la minivaloración nutricional obtuvo un puntaje de 16 que indica riesgo nutricional. Mucosas orales semihidratadas, la valoración de la salud oral por la escala de GOHAI arroja un resultado de 50 puntos lo que manifiesta una mala salud oral.	Realiza tres comidas al día.
ELIMINACIÓN	Micciona de 500 a 1000ml en 24 horas, con una frecuencia de 3 a 5 veces al día, las características son amarillo fuerte, olor penetrante, cantidad disminuida. Usa calzoncillo desechable durante el día y por las noches usa pañal ya que	

	<p>tiene incontinencia urinaria y fecal. El abdomen es semiblando, a palpación se detecta bolo fecal compacto, padece de estreñimiento, tiene hemorroides y consumo de dieta pobre en fibra. Habito intestinal 1 vez cada tercer día, color marrón, olor característico, consistencia secas y duras, hace uso del sanitario solo mientras e le lleve, toma laxante todos los días. En la escala de BARTHEL Modificada da resultado de 21/100 que refiere un nivel de dependencia total.</p>	
<p>MOVIMIENTO Y MANTENER NUEVA POSTURA</p>	<p>Mueve los hombros por arriba con cierta dificultad, las manos las mantiene empuñadas la mayoría del tiempo por lo que no sostiene o agarra objetos pequeños y tampoco carga objetos menores de 5 kg, en la deambulaci3n necesita ayuda continua de una o m3s personas, marcha lenta e insegura no permanece parada por m3s de 15 minutos. En el traslado sill3n-cama requiere acompa1amiento y supervisi3n as3 como al subir y bajar escaleras. No puede mover objetos grandes, levantar objetos mayores a 5 kg ni</p>	<p>Puede extender los brazos por debajo de los hombros sin dificultades.</p>

	<p>encorvarse, agacharse y arrodillarse. Presenta disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos y disminución de la resistencia muscular en las cuatro extremidades. En la escala de marcha y balance de TINETTI obtuvo una puntuación de 4 equivalente a alto riesgo de caídas.</p>	
DESCANSO SUEÑO	<p>Basada en la escala de somnolencia de EPWORTH se detecto una somnolencia excesiva diurna con un puntaje de 24.</p>	<p>En la escala de ATENAS de insomnio no se detectaron problemas.</p>
VESTIR PRENDAS ADECUADAS	<p>En la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria de LAWTON Y BRODY(AIVB) se detecta a la Sra. Hilda como dependiente con 0 puntos.</p>	
TERMOREGULACIÓN		<p>Eutérmica en el momento de la exploración no tiene la autonomía para protegerse de los cambios de temperatura, pero manifiesta la sensación de frío y/o calor frecuentemente.</p>
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<p>No accede al lavado de manos después de ir al baño. Tiene dificultad para entrar y salir del baño, obtener artículos del baño, regular la temperatura o flujo de agua, lavar la totalidad</p>	<p>Se cepilla los dientes una vez al día, se le lavan las manos antes de comer cualquier alimento, Se baña cada tercer día.</p>

	<p>del cuerpo, secarse el cuerpo, dificultad para levantarse del WC y para manipular la ropa y realizar la higiene adecuada tras la evacuación.</p> <p>En la escala de NORTON (Riesgo de úlceras por presión). Se encuentra en riesgo inminente de ulceración con 13 puntos.</p>	
EVITAR PELIGROS	<p>La adulto mayor tiene incapacidad para distinguir los colores, déficit auditivo, no se aplica la vacuna de neumococo, influenza y tétanos. Entre los aditamentos que hace uso son los anteojos y silla para baño, en la vivienda tiene animales domésticos, su habitación no se encuentra en la planta baja y el baño es muy pequeño.</p>	
COMUNICACIÓN	<p>No tiene amigos, no acude a grupos de apoyo comunitario, acude a centros institucionales (hospitales) menos de una vez al mes.</p> <p>Tiene dificultad para formar frases así como para mantener el patrón de comunicación habitual, desorientación en espacio, tiempo, lugar, y verbalización dificultosa, presenta déficit auditivo leve.</p> <p>Tiene cambios repentinos de humor, la familia</p>	<p>Tiene esposo, hijos y parientes con los que tiene contactos frecuentes.</p>

		informa que la AM tiende a ser agresiva.	
CREENCIAS RELIGIOSAS		No valorable	
TRABAJO Y REALIZACIÓN	Y	No realiza ninguna actividad durante el día permanece sentada o acostada.	
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS			Algunas veces ve la televisión, en ciertas ocasiones su hija la lleva a dar un paseo o a comer un helado.
APRENDIZAJE		No recuerda actividades recientes, caras familiares, la memoria de corto plazo está completamente afectada, y moderadamente afectada la de largo plazo ya que no recuerda el nombre de sus hijos, esposo, pero aun recuerda los nombres de sus hermanos y padres. No se encuentra ubicada en lugar, tiempo y espacio.	Conserva las funciones de leer y escribir, aun recuerda contar del 1 al 25.

IDENTIFICACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNOSTICA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades. 00001	Aporte excesivo de alimentos ricos en carbohidratos (jugos concentrados, 3 piezas de pan diarias).	Peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.
Deterioro de la dentición 00048	Higiene oral ineficaz.	Caries en la corona, cálculos excesivos, exceso de placa, halitosis.
Estreñimiento 00011	(Confusión mental), aporte insuficiente de líquidos, actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibras.	Distensión abdominal, eliminación de heces duras, secas y formadas, matidez a la percusión abdominal.
Incontinencia urinaria funcional 00020	Deterioro cognitivo, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.	Pérdida de orina antes de llegar al inodoro (uso de calzoncillo desechable y pañal).
Deterioro de la movilidad física 00085	Deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, disminución de la resistencia, disminución de la fuerza muscular.	Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, limitación de la amplitud de movimientos, enlentecimiento del movimiento.
Deterioro de la movilidad en cama 00091	Deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, falta de fuerza muscular, medicamentos sedantes.	Deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a sentada, deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a prona, Deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a sentada con las piernas estiradas, deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama, deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.

Trastorno del patrón del sueño 00198	Alteración de los mecanismos de sueño-vigilia	Estado de vigilia prolongado durante la noche.
Déficit del autocuidado vestido 00109	Deterioro cognitivo.	Incapacidad para elegir la ropa, incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo, incapacidad para ponerse los zapatos, incapacidad para ponerse los calcetines, deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa, deterioro de la capacidad para quitarse las prendas de vestir necesarias.
Déficit de autocuidado baño 00108	Deterioro cognitivo, barreras ambientales.	Incapacidad para secarse el cuerpo, incapacidad para obtener artículos del baño, incapacidad para regular el agua del baño, incapacidad para lavarse el cuerpo.
Déficit del autocuidado Uso del inodoro 00110	Deterioro cognitivo, deterioro perceptual.	Incapacidad para realizar la higiene tras la evacuación, incapacidad para limpiar el inodoro, incapacidad para levantarse del inodoro o el orinal.
Riesgo de deterioro de la integración cutánea 00047	Edades extremas, hidratación, estado de desequilibrio nutricional (sobrepeso).	
Riesgo de caídas 00155	Edad superior a 65 años, historia de caídas, falta de material antideslizante en la ducha, alfombras, medicación (ansiolíticos, agentes antihipertensivos), disminución del estado mental, dificultades	

	auditivas, deterioro de la movilidad física.	
Riesgo de lesión 00035	Inmunización incompleta.	
Deterioro de la interacción social 00052	Alteración de los procesos de pensamiento.	Interacción disfuncional con los demás, informes familiares de cambios en la interacción (se ha vuelto agresiva).
Deterioro de la comunicación verbal 00051	Alteración de las percepciones	Dificultad para formar frases, dificultad para mantener un patrón de comunicación habitual, dificultad para prestar atención selectiva, desorientación en las personas, desorientación en el espacio, en el tiempo.
Confusión crónica 00129	Deterioro cognitivo	Alteración de la personalidad, deterioro de la memoria a largo plazo, deterioro de la memoria a corto plazo, deterioro de la socialización, deterioro cognitivo de larga duración, deterioro cognitivo progresivo.
Déficit de actividades recreativas 00097	Entorno desprovisto de actividades recreativas	No realiza ninguna actividad durante el día permanece sentada o acostada.
Deterioro de la memoria 00131	Trastornos neurológicos	Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta, incapacidad para aprender nueva información, incapacidad para aprender nuevas habilidades, incapacidad para recordar acontecimientos, incapacidad para retener nueva información, incapacidad para retener nuevas habilidades.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería. Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo de alimentos ricos en carbohidratos (jugos concentrados, 3 piezas de pan diarias), manifestado por peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. (00001)

Dominio. 2 Nutrición

Clase. 1 Ingestión

Definición. Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

RESULTADOS NOC. Estado nutricional: Ingestión de nutrientes (1009)

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Ingestión calórica	L	S	C	C
Ingestión de hidratos de carbono	I	L	L	M
Ingestión de fibra	I	S	S	C

I. Inadecuado L. Ligeramente adecuado M. Moderadamente adecuado S. Sustancialmente adecuado
C. Completamente adecuado

INTERVENCIONES NIC.	EVALUACIÓN
<p data-bbox="182 300 651 335">Ayuda para disminuir peso 1280</p> <p data-bbox="182 367 1024 438">Definición. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.</p> <ul data-bbox="231 478 1024 861" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="231 478 735 518">• Pesarse al paciente semanalmente <li data-bbox="231 526 1024 646">• Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía. <li data-bbox="231 654 1024 726">• Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. <li data-bbox="231 734 1024 861">• Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede. 	<p data-bbox="1031 359 1913 726">En principio se sugirió a la familia reemplazar carnes rojas por carnes magras, legumbres y/o carnes blancas, consumir de un huevo a dos a la semana, aumento de consumo de fibra como frutas y verduras crudas pan y cereal integral e incrementar el consumo de agua de seis a ocho vasos diarios. En general hubo modificaciones adecuadas en la dieta de la Sra. Hilda sin embargo no disminuyó mucho la ingesta de hidratos de carbono ya que el agua que consume son jugos concentrados comerciales y se muestra renuente al consumo de agua simple.</p> <p data-bbox="1031 758 1913 901">Las intervenciones tuvieron buenos resultados ya que ahora consume frutas y verduras, leguminosas y alimentos de origen animal y cereales. Todo esto en base al plato del buen comer y la dieta correcta.</p>

Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por caries en la corona, cálculos excesivos, exceso de placa, halitosis. (00048)

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 2. Lesión física

Definición. Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural del a dentadura.

RESULTADOS NOC. Auto cuidados: Higiene bucal (0308)

Definición. Capacidad para cuidarse la boca y los dientes independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Se cepilla los dientes	G	S	M	L
Utiliza un enjuague bucal	G	S	M	L
Se lava la boca, las encías y la lengua	G	S	M	L
Acude al dentista regularmente	G	G	G	G

RESULTADOS NOC. Higiene bucal (1100)

Definición. Estado de la boca, dientes, encías y lengua

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Halitosis	G	M	L	N

Sangrado	G	M	L	N
Caries dental	S	S	S	S
Gingivitis	G	M	M	L
G. Gravemente comprometido S. Sustancialmente comprometido M. Moderadamente comprometido L. Levemente comprometido N. No comprometido				

INTERVENCIONES NIC.	EVALUACIÓN
<p>Restablecimiento de la salud bucal 1730</p> <p>Definición. Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios, • Fomentar enjuagues frecuentes con cualquiera de las siguientes sustancias: Solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrogeno, • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. 	<p>La paciente no se cepillaba los dientes por si misma, así que el lavado de la cavidad oral lo realice yo, en un principio le lavaba la boca 2 veces durante mi turno persuadiéndola para mantener la higiene oral adecuada, cuando ella no se prestaba para el cepillado de dientes le ofrecia hacer enjuagues bucales con bicarbonato de sodio, lo cual aceptaba de buena manera, actualmente disminuyo significativamente la halitosis, los dientes ahora se ven brillosos a comparación del primer contacto con la paciente, también disminuyo la gingivitis y aunque las caries no han sido revisadas ni tratadas por el odontólogo se ha logrado que no haya más avance.</p>
<p>Mantenimiento de la salud bucal 1710</p> <p>Definición. Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una rutina de cuidados bucales. • Aplicar lúbricamente para humedecer los labios y la mucosa oral, si procede. • Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en dientes. • Animar y ayudar al paciente al lavarse la boca. 	<p>Se estableció una rutina de lavado de dientes la cual comprende el cepillado al despertarse, después de ingerir algún alimento y durante el baño, también se involucro al cuidador principal para que le lave la boca cuando no haya enfermera, para seguir manteniendo la rutina y evitar estados de ansiedad durante la higiene oral.</p>

Diagnóstico de enfermería. 00011 Estreñimiento relacionado (confusión mental), aporte insuficiente de líquidos, actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibras manifestado por distensión abdominal, eliminación de heces duras, secas y formadas, matidez a la percusión abdominal.

Dominio 3. Eliminación e intercambio

Clase 2. Función gastrointestinal

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

RESULTADOS NOC. Eliminación intestinal (0501)

Definición. Formación y evacuación de heces

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Heces blandas y formadas	G	S	L	L
Abuso de ayuda para la eliminación	G	M	L	L

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

INTERVENCIONES NIC.	EVALUACIÓN
<p>Manejo del estreñimiento (0450)</p> <p>Definición. Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. • Instruir a la familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede. • Instruir a la familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento. 	<p>La paciente en un principio tenía evacuaciones una vez cada tercer día por lo que ingería laxantes a diario.</p> <p>Se fomento mayor ingesta de líquidos al igual que aumento en el consumo de fibra, se ha notado cambios en el habito intestinal actualmente tiene una evacuación diaria.</p> <p>Se observo que la falta de actividad física aumentaba el estreñimiento por lo que al incrementar el ejercicio se vieron reflejadas evacuaciones más consecutivas, menos dolorosas y disminución del uso de laxantes.</p>

INTERVENCIONES NIC.	EVALUACIÓN
<p>Entrenamiento intestinal</p> <p>Definición. Ayuda al paciente en la evacuación del intestino para que evacue a intervalos determinados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas. • Enseñar a la familia los principios de la educación intestinal. • Asegurar una ingesta adecuada en líquidos. • Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones. • Disponer intimidad. 	<p>El recordar a la paciente que tenía que evacuar le fue formando un habito el cual le ha funcionado ya que se asigna cierto periodo de tiempo diariamente para evacuar, se ha dado intimidad y al mismo tiempo vigilancia para hacer la higiene tras la evacuación.</p> <p>Se logro que la Sra. Hilda evacue a tiempos determinados todos los días.</p>

Diagnóstico de enfermería. 00020 Incontinencia urinaria funcional relacionado con deterioro cognitivo, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro (uso de calzoncillo desechable y pañal).

Dominio 3. Eliminación e intercambio

Clase 1. Función urinaria

Definición. Incapacidad de una persona, normalmente continente para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

RESULTADOS NOC. Continencia urinaria (0502)

Definición. Control de la eliminación de orina de la vejiga.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Reconoce la urgencia miccional	G	G	G	G
Responde de forma adecuada a la urgencia	G	G	G	G
Micción > 150 ml cada vez	G	M	L	N
Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina	G	G	G	G
Ingesta hídrica en el rango esperado	G	M	L	N
Capaz de manejar ropa de forma independiente	G	S	S	M
Capaz de usar el inodoro de forma independiente	G	S	M	M

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

INTERVENCIONES NIC.	EVALUACIÓN
<p data-bbox="182 301 1024 336">Entrenamiento del hábito urinario (0600)</p> <p data-bbox="182 368 1024 528">Definición. Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con capacidad cognoscitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.</p> <ul data-bbox="235 568 1024 1374" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="235 568 1024 683">• Llevar un registro de especificación de continencia urinaria durante 3 días para establecer el esquema de eliminación. <li data-bbox="235 699 1024 810">• Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse). <li data-bbox="235 826 1024 938">• Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si no se producen episodios en 24 horas. <li data-bbox="235 954 1024 1034">• Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos prescritos. <li data-bbox="235 1050 1024 1161">• Utilizar el poder de sugestión (hacer correr el agua o estirar la cadena del aseo) para ayudar al paciente a eliminar. <li data-bbox="235 1177 1024 1289">• Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas. <li data-bbox="235 1305 1024 1374">• Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen 2 o menos episodios de incontinencia en 24 horas. 	<p data-bbox="1035 301 1919 991">En principio la Sra. Hilda permanecía sentada casi todo el tiempo por lo que presentaba incontinencia urinaria, comencé a establecer horarios para miccionar que coincidieran con otras actividades higiénicas (antes de bañarse, antes de comer, después del cepillado dental y antes de acostarse), fue difícil lograr el uso del inodoro ya que no reconoce la urgencia miccional ni hay respuesta adecuada a la urgencia, no verbaliza la necesidad sin embargo con la observación que se tuvo durante las intervenciones logre identificar señales corporales de urgencia miccional (comenzar a moverse de un lado a otro, si estaba sentada cambiar de posición continuamente e interrumpir su charla para querer expresar la sensación de urgencia sin lograrlo) aunado a esto establecí un horario entre el consumo hídrico y la micción, con todo esto logre que la paciente tuviera vaciamiento vesical en el inodoro a pesar de la falta de identificación miccional, gracias a esto ha disminuido la incontinencia urinaria por el establecimiento de vaciamiento de la vejiga.</p>

- Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas.
- Mantener el ir al aseo, tal como se ha programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.

Evacuación inmediata

Definición. Promover la continencia urinaria a través del uso de recordatorios verbales de aseo regulares y de retroalimentación social positiva por el aseo conseguido.

- Determinar el estado de conciencia del paciente preguntándole si está mojado o seco.
- Ofrecer ayuda con el aseo, independientemente del estado de conciencia.

Como la paciente no verbaliza la urgencia miccional le daba señales para reconocer la necesidad de orinar a pesar de esto ella no manifestó sentir la necesidad de orinar por lo que le llevaba al baño en periodos regulares y le decía que se sentara en el W.C. para orinar, se logro su participación en la detección de la sensación de estar seca o húmeda su ropa interior, así mismo se le ha encontrado menos ansiosa cuando ocurre una incontinencia.

Diagnóstico. 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, disminución de la resistencia, disminución de la fuerza muscular manifestado por limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, limitación de la amplitud de movimientos, enlentecimiento del movimiento.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 2. Actividad/ejercicio

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

RESULTADOS NOC. Movilidad (0208)

Definición. Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Marcha	S	M	L	L
Movimiento articular	S	M	L	L
Realización del traslado	M	M	M	L
Ambulación	M	M	M	L
Se mueve con facilidad	G	M	L	L

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Ayuda con los autocuidados: Transferencia 1806</p> <p>Definición. Ayudar a una persona a cambiar de sitio el cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el individuo. • Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. • Enseñar al individuo las técnicas adecuadas de traslado de una zona a otra. (silla a cama). • Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible. • Documentar el progreso, si procede. <p>Terapia de ejercicios. Movilidad articular 0224</p> <p>Definición. Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. • Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. • Ayudar al paciente a colocarse en una posición 	<p>Se logro que la paciente se trasladara de manera autónoma, actualmente se moviliza independientemente bajo supervisión de la enfermera o el familiar.</p> <p>Al inicio la paciente tenía las manos empuñadas, se restableció la flexibilidad articular por medio de ejercicios pasivos y activos (realización de masa terapéutica, tocar diferentes texturas, separar semillas), esto se vio reflejado en mejor habilidad para hacer movimientos finos y gruesos.</p>

óptima para el movimiento articular pasivo/activo.

- Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo a un programa regular, planificado.
- Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Fomento del ejercicio: Entrenamiento de extensión (0201)</p> <p>Definición. Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y/o el historial completo y un examen físico.	<p>La paciente era sedentaria se encontraba sentada todo el día en un sillón, su familia verbalizaba que ella no quería caminar y que se molestaba cuando la querían parar, cuando se trasladaba de un lugar a otro lo hacía muy temerosa y con dificultad para pasar por superficies irregulares.</p> <p>Se ejecutaron sesiones de ejercicios para trabajar músculos de piernas y brazos para que obtener mayor resistencia muscular, después trabaje los traslados recordándole que tenía que levantar los pies que tenía que</p>

- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie, según sea necesario.
- Enseñar a ejecutar sesiones de ejercicios para grupos musculares concretos en días alternos para facilitar la adaptación muscular al entrenamiento.
-

Terapia de ejercicios: Control muscular (0226)

Definición. Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido y así mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de los cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Ayudar al paciente a colocarse en posición sedente/anatómica para el protocolo de ejercicios.
- Reorientar al paciente en cuanto a la conciencia de su cuerpo.
- Reorientar al paciente sobre las funciones de

sujetarse de pasamanos o de mi para evitar accidentes o caídas.

Se sugirió a la familia poner pasamanos en escaleras y baño para facilitar los traslados a lo que ellos de inmediato accedieron.

Observe que la paciente le gusta caminar sin embargo la familia en lugar de persuadirla la retaba o regañaba para incorporarse de su asiento, esto le provocaba estados de ansiedad, les explique la importancia de dar estímulos positivos para evitar agresividad de parte de la paciente y así lo trabaje obteniendo muy buenos resultados la mayoría de las veces.

Se ha mantenido la fuerza muscular, se logro un mejor manejo de la traslación y al estar acompañada se siente más segura al realizar estos movimientos.

Se realizaron rutinas de ejercicio sencillas que ella pudiera ejecutar de manera autónoma, se hicieron correcciones en postura, cada ejercicio que se realizaba lo repetíamos verbalmente con el fin de recordar las funciones corporales.

movimiento de su cuerpo.

- Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- Enseñar al paciente a recitar cada movimiento mientras lo realiza.
- Practicar actividades motoras que requieran atención y utilizar los dos costados del cuerpo.
- Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios.
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.

Terapia de ejercicios: equilibrio (0222)

Definición. Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

- Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).
- Ayudar al paciente a participar en los ejercicios de extensión en posición decúbito supino, sedestación o bipedestación.
- Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de

Se ha mantenido el movimiento muscular voluntario mediante los ejercicios.

Al trasladarse se mostraba vacilante durante la marcha, trabajamos ejercicios de pasar de estar sentada a parada y viceversa, ayudarle a sentarse y balanceo del tronco lo cual le ayudo ya que ahora tiene mejor estabilidad del cuerpo.

sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla y balancear el tronco apoyándose en los brazos.

- Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.
- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios del equilibrio.
- Ayudar al paciente a caminar a intervalos regulares.

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Terapia de ejercicios. Ambulación (0221)</p> <p>Definición. Estimulo y asistencia en la deambulaci3n para mantener o restablecer las funciones corporales aut3nomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario. • Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados. • Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un n3mero concreto de personal. • Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad. <p>Fomentar los mecanismos corporales (0140)</p> <p>Definici3n. Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensi3n o las lesiones musculoesquel3ticas.</p>	<p>La adulto mayor no tenia actividad f3sica, por lo que fue dif3cil lograr formar el habito de la caminata y la movilidad activa, comenc3 a dar est3mulos positivos (decirle que ir3amos a dar un paseo, o a encontrar a alg3n familiar), para lograr la participaci3n en dicha actividad. La marcha era lenta y con arrastre de pies tambi3n se encorbaba y se mostraba temerosa al movilizarse. Trabaje en la correcci3n de posiciones durante el traslado haciendo que ella imitara mis posturas y movimientos, logre que se mantuviera erguida durante la marcha y disminuy3 el arrastre de pies de igual manera se favoreci3 que ella sintiera m3s seguridad durante la traslaci3n. Actualmente la paciente deambula con mayor facilidad, rapidez y autonom3a, continua la ayuda para la incorporaci3n y el traslado ya que ella se muestra m3s segura con asistencia; sin embargo se mantiene en vigilancia debido a su estado neurol3gico.</p> <p>Se ha restablecido la fuerza muscular en miembros</p>

- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongados.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexiones para facilitar el movimiento de la espalda.
- Controlar la mejoría de la postura/mecánica corporal del paciente.

inferiores, de igual manera se logro cambios de posición estando ella sentada para evitar la fatiga muscular.

Diagnóstico. 00091 Deterioro de la movilidad en cama relacionado con deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, falta de fuerza muscular, medicamentos sedantes manifestado por deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a sentada, deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a prona, deterioro de la habilidad para pasar de posición supina a sentada con las piernas estiradas, deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama, deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 2. Actividad/ejercicio

Definición. Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en cama.

Diagnóstico. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con edades extremas (79 años), hidratación, estado de desequilibrio nutricional (sobrepeso).

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 2. Lesión física

Definición. Riesgo de alteración cutánea adversa.

RESULTADOS NOC. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)

Definición. Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Estado nutricional	G	M	L	N
Fuerza muscular	G	M	L	N
Tono muscular	M	M	L	L
Movimiento articular	G	M	M	L

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Prevención de úlceras por presión 3540</p> <p>Definición. Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). • Documentar el peso y cambios de peso. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede. • Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, si procede. • Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar golpes) para evitar lesiones en piel frágil. • Colocar el programa de giros a pie de cama, si procede. • Evitar dar masajes en los puntos de lesión enrojecidos. • Colocar al paciente en posición ayudándose con 	<p>La Sra. Hilda no tiene la capacidad de moverse en cama por lo que corre riesgo inminente de desarrollar úlceras por presión, durante las noches se movilizó cada dos horas y se protegieron prominencias óseas con la colocación de cojines, también se realizaron masajes en la piel con cremas humectantes, se realizó tendido de cama sin arrugas, se le sugirió a la familia el uso de piel de borrego y accedieron de inmediato, se ha mantenido la piel sin presencia de úlceras por presión instaurando las medidas preventivas para la aparición de estas, se deben continuar el plan establecido debido a que la enfermedad de Alzheimer es una patología crónica degenerativa.</p>

almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para codos y los talones, si procede.
- Controlar la movilidad y la actividad del individuo.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Ayudar al individuo a mantener un peso saludable.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidados a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

Vigilancia de la piel 3590

Definición. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.

Se ha vigilado la piel desde el principio de las intervenciones, he detectado zonas de enrojecimiento que se mejoran de inmediato con el programa de giros a pie de cama, la aplicación de cremas humectantes y la protección de prominencias óseas sin embargo se debe continuar vigilando la piel, para detectar a tiempo las ulcera por presión y lograr que esta herida sea reversible.

- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar la temperatura de la piel.
- Tomar nota de los cambios de la piel y membranas mucosas.

Cambio de posición 0840

Definición. Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.

Se movilizó en cama y silla cada dos horas, se le enseñó al cuidador principal la mecánica corporal para la movilización de su familiar y la importancia de la movilización en cama. Se desarrolló un programa de movilización pasiva pero solo se realizaba los días que estaba de guardia ya que el cuidador principal es un adulto mayor y le es difícil movilizar a su familiar.

Diagnóstico. 00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con alteración de los mecanismos de sueño-vigilia manifestado por estado de vigilia prolongado durante la noche.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 1. Sueño/reposo

Definición. Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.

RESULTADOS NOC. Sueño 0004

Definición. Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Calidad del sueño	L	N	N	N
Duerme toda la noche	M	L	L	L
Despertar a horas apropiadas	G	S	M	L

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Mejorar el sueño 1850</p> <p>Definición. Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. • Observar/registrar el esquema y número de horas del sueño del paciente. • Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (ver televisión). • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que fortalezca la vigilia, si procede. <p>Manejo ambiental: confort</p> <p>Definición. Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales similares. • Proporcionar o retirar mantas para fomentar la comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso 	<p>La paciente tenía alterado el esquema de sueño vigilia ya que durante el día dormía mucho tiempo y por las noches se mostraba inquieta, platicaba y cantaba, se recostaba de 0:00 a 12:00 sin embargo se mostraba durante el día sumamente cansada y somnolienta, por la noche tenía periodos de vigilia de hasta 4 horas consecutivas.</p> <p>Durante el día la mantuve alerta haciendo actividades de ocio y entretenimiento procurando que estas no fueran monótonas para evitar aburrimiento y somnolencia, le dejaba tomar una siesta de 15 minutos después de comer y continuaba con actividades físicas y así se mejoró notablemente el patrón de descanso sueño. Actualmente duerme mejor sin embargo presenta delirios a lo largo de la noche. Se recuesta en la cama a las 20:00 quedando dormida de casi inmediato y se despierta a las 8:00 hrs.</p> <p>Se logró mejorar la calidad del sueño de la paciente, pero debido a su temperamento evita pararse temprano.</p> <p>Se fomentó la comodidad de la paciente durante el descanso/sueño vistiéndola y colocándole mantas de acuerdo al clima.</p>

Diagnóstico. 00109 Déficit del autocuidado vestido relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para elegir la ropa, incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo, incapacidad para ponerse los zapatos, incapacidad para ponerse los calcetines, deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa, deterioro de la capacidad para quitarse las prendas de vestir necesarias.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 5. Autocuidado

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

RESULTADOS NOC. Autocuidados: vestir (0302)

Definición. Capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Escoge la ropa	G	G	G	G
Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	G	G	G	G
Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	G	G	G	G
Se abrocha la ropa	G	G	G	G
Se pone los calcetines	G	G	G	G
Se quita la ropa	G	G	G	G

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p data-bbox="174 276 352 308">Vestir 1630</p> <p data-bbox="174 347 1035 419">Definición. Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.</p> <ul data-bbox="237 427 1035 938" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="237 427 1035 499">• Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. <li data-bbox="237 507 1035 547">• Observar la capacidad del paciente para vestirse. <li data-bbox="237 555 1035 627">• Vestir al paciente después de completar la higiene personal. <li data-bbox="237 635 1035 707">• Fomentar su participación en la elección de la vestimenta. <li data-bbox="237 715 1035 754">• Vestir al paciente con ropas que no le aprieten. <li data-bbox="237 762 1035 802">• Vestir al paciente con ropas personales. <li data-bbox="237 810 1035 850">• Cambiar la ropa del paciente al acostarse. <li data-bbox="237 858 1035 938">• Elegir zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación seguros. 	<p data-bbox="1056 276 1906 339">Debido a la enfermedad de la paciente no se logro autonomía sin embargo se mantuvo cubierta la necesidad.</p>

Diagnóstico. 00108 Déficit de autocuidado baño relacionado con deterioro cognitivo, barreras ambientales manifestado por incapacidad para secarse el cuerpo, incapacidad para obtener artículos del baño, incapacidad para regular el agua del baño, incapacidad para lavarse el cuerpo.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 5. Autocuidado

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

RESULTADOS NOC. Autocuidados: baño (0301)

Definición. Capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Se lava la parte superior del cuerpo	G	G	G	G
Se lava la parte inferior del cuerpo	G	G	G	G
Se lava la zona perianal	G	G	G	G
Seca el cuerpo	S	S	S	S

RESULTADOS NOC. Autocuidados: higiene (0305)

Definición. Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Se lava las manos	G	S	M	L
-------------------	---	---	---	---

Se cuida las uñas de las manos	G	G	G	G
Se cuida las uñas de los pies	G	G	G	G
G. Gravemente comprometido S. Sustancialmente comprometido M. Moderadamente comprometido L. Levemente comprometido N. No comprometido				

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Baño 1610</p> <p>Definición. Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con la ducha de silla, bañera, de pie o baño de asiento, si procede o se desea. • Lavar el cabello si es necesario, o se desea. • Ayudar con el cuidado perianal, si es necesario. • Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume y desodorante). • Administrar baños de pies, si es necesario. • Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca. • Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. 	<p>La paciente no puede mantener una higiene adecuada de manera autónoma, no se lava el cuerpo y muestra enfado al bañarse, los familiares mencionaban que la bañaban cada ocho días, hice la sugerencia de obtener una silla para el baño la cual la adquirieron de inmediato y de esta forma se mantuvo una higiene corporal adecuada, no se muestra tan agresiva y se baña cada tercer día.</p>

- Controlar la capacidad funcional durante el baño.

Cuidado de las uñas 1680

Definición. Fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con el cuidado inadecuado de las uñas.

- Controlar o ayudar el aspecto de las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.
- Controlar o ayudar a cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.
- Humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar sequedad.
- Observar si se produce algún cambio en las uñas.

Manejo de la demencia. Baño 6462

Definición. Control de la conducta agresiva durante la higiene corporal.

- Utilizar un acercamiento flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (ducha, baño o limpieza con esponja).
- Si es posible evitar los términos baño y ducha para disminuir ansiedad.
- Dar motivo para el baño (p. ej. Vamos a tomar un baño antes de que venga tu hija).

Las uñas de la paciente era una parte del cuerpo muy descuidada, se le brindaron cuidados de las uñas como cortarlas secarlas bien después del baño, vigilancia de cambios de coloración y se han mantenido sanas y cortas.

Se mantuvo a la paciente tranquila y se evito la ansiedad durante el baño así mismo se respeto su autonomía permitiéndole participar en el mantenimiento de higiene animándola a que se untara la crema, el desodorante, peinarse y rociarse perfume.

- Desvestir gradualmente al paciente en el cuarto de baño mientras se comenta algún tema distinto al del baño.
- Asegurarse de que el agua esté a temperatura adecuada.
- Después del baño masajear la piel con loción hidratante.
- Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.
- Responder adecuadamente a las percepciones del paciente (p.ej., temperatura, dolor, miedo a ahogarse).
- Utilizar la persuasión, no la coacción.
- Utilizar un tono de voz suave y tranquilizador.
- Hablar sobre temas de interés del paciente de manera agradable y tranquila.
- Tocar al paciente con suavidad.
- Dar instrucciones cortas y sencillas.
- Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.
- Utilizar la distracción, más que la confrontación, para controlar la conducta del paciente.
- Mantener un entorno tranquilo.
- Si se presenta una conducta agresiva, conocer precedentes o desencadenantes.
- Utilizar material de baño cómodo.

Diagnóstico. 00110 Déficit del autocuidado: Uso del inodoro relacionado con deterioro cognitivo, deterioro perceptual manifestado por incapacidad para realizar la higiene tras la evacuación, incapacidad para limpiar el inodoro, incapacidad para levantarse del inodoro o el orinal.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 5. Autocuidado

Definición. Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

RESULTADOS NOC. Autocuidados: uso del inodoro (0310)

Definición. Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Se coloca en el inodoro o en el orinal	G	S	M	L
Vacía la vejiga o el intestino	N	N	N	N
Se limpia después de orinar o defecar	G	G	G	G
Se ajusta la ropa después de usar el inodoro	G	S	M	L

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Ayuda con los autocuidados. Aseo 1804</p> <p>Definición. Ayudar a otra persona en las eliminaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quitar la ropa esencial para la eliminación. • Ayudar al paciente en el aseo a intervalos especificados. • Disponer intimidad durante la eliminación. • Facilitar la higiene de aseo después de terminar la eliminación. • Tirar la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación. • Instaurar un programa de aseo, si procede. • Enseñar al paciente/otras personas significativas la rutina de aseo. • Instaurar idas al baño, si procede y es necesario. 	<p>Se logro que la paciente eliminara en el W.C. a tiempos determinados por medio de entrenamiento vesical e intestinal, se le brindo intimidad para que sus evacuaciones no se vieran interrumpidas, se sugirió a la familia el cambio de ropa de cierres por ropa con resortes la cual le ha servido mucho ya que le es más accesible manipularla, también se le brindo la realización de higiene perianal después del uso del W.C.</p>

Diagnóstico. Riesgo de caídas relacionado con edad superior a 65 años, historia de caídas, falta de material antideslizante en la ducha, alfombras, medicación (ansiolíticos, agentes antihipertensivos), disminución del estado mental, dificultades auditivas, deterioro de la movilidad física.

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 2. Lesión física

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

RESULTADOS NOC. Conducta de prevención de caídas (1909)

Definición. Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Proporciona la iluminación adecuada	N	N	S	S
Fijación de alfombras	N	S	S	S
Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo	N	S	S	S
Inquietud controlada	R	A	F	F

N. Nunca demostrado R. Raramente demostrado A. A veces demostrado F. Frecuentemente demostrado S. Siempre demostrado.

RESULTADOS NOC. Caídas

Definición. Número de veces que el individuo se cae

Caídas durante el traslado	4	5	5	5	
Caídas al bajar escaleras	4	5	5	5	
En un periodo específico de tiempo					
1 mes	1. Mayor de 10	2. 7-9	3. 4-6	4. 1-3	5. Ninguno

INTERCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Prevención de caídas 6490</p> <p>Definición. Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas. • Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n. • Sugerir cambios en el paso del paciente. 	<p>La paciente se mantuvo en un ambiente libre de caídas que se previnieron con modificaciones en el mobiliario del hogar, como retirar alfombras, la iluminaci3n fue modificada, tambi3n se promovió la deambulaci3n bajo estrecha vigilancia evitando caídas.</p> <p>Aunque la paciente no tiene caídas tan frecuentes dentro de los antecedentes de caídas el familiar manifestaba que la notaba muy temerosa durante la marcha. La deambulaci3n se hizo siempre bajo estrecha vigilancia y tambi3n le ayudaba tomándola de la mano; actualmente ella deambula muy segura mientras vaya cogiendo la mano de alguien.</p> <p>Se trato de mantenerla en un estado tranquilo sin ansiedad para evitar así movimientos bruscos que pudieran acabar en una caída.</p>

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable.• Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.• Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.• Utilizar la t3cnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la cama, ba1o, etc.• Disponer un asiento de ba1o elevado para que la transferencia sea m1s sencilla. | |
|--|--|

Diagnóstico. 00035 Riesgo de lesión relacionado con Inmunización incompleta.

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 2. Lesión física

Definición. Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

RESULTADOS NOC. Detección del riesgo (1908)

Definición. Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	G	G	G	G
Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades	G	G	G	G

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

RESULTADOS NOC. Conductas de seguridad personal (1911)

Definición. Acciones personales que previenen las autolesiones personales.

Uso correcto de dispositivos de ayuda.	N	N	N	N
Sigue las precauciones de la medicación	N	N	N	N

N. Nunca demostrado R. Raramente demostrado A. A veces demostrado F. Frecuentemente demostrado Siempre demostrado

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p data-bbox="170 403 598 442">Manejo de la demencia 6460</p> <p data-bbox="170 475 1031 549">Definición. Promover un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.</p> <ul data-bbox="233 555 1031 673" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="233 555 1031 628">• Incluir a los miembros en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado. <li data-bbox="233 639 1031 673">• Proporcionar espacio para paseos seguros. 	<p data-bbox="1056 442 1902 655">Se explico a los familiares la importancia de la inmunización de la Sra. Hilda, también se les dio una clase acerca de la enfermedad y sus posibles complicaciones, se les ha incluido en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados con el fin de que se sientan más involucrados con su familiar.</p>

Diagnóstico. 00052 Deterioro de la interacción social relacionado con alteración de los procesos de pensamiento manifestado por interacción disfuncional con los demás, informes familiares de cambios en la interacción (se ha vuelto agresiva).

Dominio 7. Rol/relaciones

Clase 3. Desempeño del rol

Definición. Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz del intercambio social.

RESULTADOS NOC. Habilidades de interacción social (1502)

Definición. Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Cooperación con los demás	A	A	A	A
Sensibilidad con los demás	A	A	A	A
Mostrar estabilidad	A	A	A	A
Parecer relajado	R	R	R	R
Relaciones con los demás	A	A	A	A

N. Nunca demostrado R. Raramente demostrado A. A veces demostrado F. Frecuentemente demostrado Siempre demostrado

RESULTADOS NOC. Desarrollo: Adulto mayor (0121)

Definición. Progresión cognitiva, psicosocial y moral a partir de los 65 o más años de edad.

Acepta ayuda de otros	A	A	A	A
Muestra enfado	F	F	A	A
Muestra ansiedad	A	A	A	A
S. Siempre demostrado F. Frecuentemente demostrado A. A veces demostrado R. Raramente demostrado N. Nunca demostrado				

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Manejo de la demencia 6460</p> <p>Definición. Promover un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigirse al paciente al iniciar la interacción y hablar despacio. • Dar una orden simple a la vez. • Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar el comportamiento. • Sentar al paciente en una mesa pequeña en grupos de tres a cinco durante las comidas, si es el caso. • Seleccionar actividades individuales de uno en uno y en grupo adaptadas a las capacidades e intereses cognitivos del paciente. • Etiquetar las fotos familiares con los nombres de las 	<p>Se ha mantenido la interacción social con la paciente que aunque no es muy buena no ha mostrado aislamiento, se le ha involucrado más con las personas que convive.</p>

personas que aparecen en ellas.

- Solicitar a los miembros de la familia y amigos que vean al paciente de uno en uno a dos cada vez.
- Discutir con los miembros de la familia y los amigos la mejor manera de interactuar con el paciente.

Potencialización de la socialización. 5100

Definición. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca en contacto con los demás.

Antes de las intervenciones la Sra. Hilda se mostraba muy irritable si alguien se le acercaba a platicar con ella, llegando incluso a golpear e insultar a quienes la rodeaban.

Se logro que la paciente mostrara menos enfado cuando alguna persona quería interactuar con ella; se incluyo en los contactos familiares mediante estímulos positivos, se les explico a sus allegados la enfermedad y los cambios de humor tan frecuentes que manifiestan y se fomento la persuasión en lugar de la confrontación cuando la adulto mayor mostrara enfado, ahora la paciente manifiesta más sus sentimientos de empatía con las personas que convive.

Diagnóstico. 00051 Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración de las percepciones manifestado por dificultad para formar frases, dificultad para mantener un patrón de comunicación habitual, dificultad para prestar atención selectiva, desorientación en las personas, desorientación en el espacio, en el tiempo, hipoacusia.

Dominio 5. Percepción/cognición

Clase 5. Comunicación

Definición. Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

RESULTADOS NOC. Comunicación (0902)

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Utiliza el lenguaje escrito	N	L	M	S
Utiliza el lenguaje hablado	M	M	M	M
Intercambia mensajes con los demás	S	S	S	S

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

Mejorara la comunicación. Déficit auditivo. 4974

Definición. Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva.

- Acercarse al oído menos afectado.
- Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Aumentar el volumen de la voz, si procede.
- Llamar la atención mediante contacto físico.
- Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador cuando sea necesario.

Diagnóstico. 00129 Confusión crónica relacionado con deterioro cognitivo manifestado por alteración de la personalidad, deterioro de la memoria a largo plazo, deterioro de la memoria a corto plazo, deterioro de la socialización, deterioro cognitivo de larga duración, deterioro cognitivo progresivo.

Dominio 5. Percepción/cognición

Clase 4. Cognición

Definición. Deterioro irreversible de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de orientación y de la conducta.

RESULTADOS NOC. Cognición (0900)

Definición. Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Se concentra	G	G	G	G
Está orientado	G	G	G	G
Memoria inmediata	G	G	G	G
Memoria reciente	G	G	G	G
Memoria remota	S	S	S	S

RESULTADOS NOC. Elaboración de la información (0907)

Definición. Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información

Identifica objetos comunes	L	L	L	L
Comprende una frase	M	M	M	M
Verbaliza un mensaje coherente	G	G	G	G
Suma varios números	L	L	L	L
Resta varios números	M	M	M	M
G. Gravemente comprometido S. Sustancialmente comprometido M. Moderadamente comprometido L. Levemente comprometido N. No comprometido				

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Control del humor 5330</p> <p>Definición. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). 	<p>El esposo menciona que ella siempre ha tenido un carácter fuerte y dominante por lo que la paciente se molesta muy fácilmente.</p> <p>Se ha controlado el humor de la paciente persuadiéndola cuando tiene cambios de humor y evitando confrontaciones y situaciones que generan molestia.</p>

- Comprobar la capacidad de autocuidados (cuidados, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
- Ayudar con los autocuidados, si es necesario.
- Ayudar al paciente a mantiene un ciclo normal de vigilia/sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).
- Vigilar la función cognoscitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente cognitivamente alterado.
- Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente cognitivamente alterado.
- Limitar las oportunidades para tomar decisiones en los pacientes cognitivamente alterados.

Fomentar la implicación familiar 7110

Definición. Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la

La familia había delegado el cuidado de la paciente al esposo, él es que se hacía cargo, se fomento la implicación familiar en el cuidado de la adulto mayor, actualmente la familia se muestra más participativa en el cuidado de la Sra. Hilda también se encuentran involucrados en los planes de cuidados.

familia para implicarse en el cuidado del paciente.

- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la percepción de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente.

Manejo de la demencia 6460

Definición. Promover un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.

- Evitar situaciones extrañas, en lo posible (Cambios y designaciones de habitación sin personas familiares).
- Disminuir el nivel de ruidos evitando sistemas de llamada y luces de llamada que suenen o zumben.
- Colocar el nombre del paciente en grandes letras mayúsculas en la habitación y en la ropa, si es preciso.
- Observar cuidadosamente si hay causas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.
- Retirar o cubrir los espejos, si el paciente tiene miedo o se siente agitado por ellos.

Debido a que esta patología afecta la orientación lugar, tiempo y espacio es difícil lograr recuperación pero se pudo orientar a la paciente con dibujos y letreros y así se disminuyo la confusión.

Diagnóstico. 00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por no realizar ninguna actividad durante el día permanece sentada o acostada.

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 2. Actividad/ejercicio

Definición. Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

RESULTADOS NOC. Participación en actividades de ocio (1604)

Definición. Uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico	N	A	F	F
Expresión de satisfacción con las actividades de ocio	N	N	N	N
Disfruta de las actividades de ocio	F	F	F	F

N. Nunca demostrado R. Raramente demostrado A. A veces demostrado F. Frecuentemente demostrado Siempre demostrado

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Terapia de entretenimiento 5360</p> <p>Definición. Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Proporcionar un equipo recreativo seguro. • Supervisar las sesiones recreativas, según cada caso. • Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades. • Observar el uso del paciente del equipo de juegos. 	<p>Se le proporcionaron objetos que no pusieran en peligro su integridad física (uso de cubos grandes de colores, revistas, masa terapéutica) por lo que puso hacer buen uso del material, también se vigilo durante las actividades y se le indico el uso correcto del material.</p> <p>La paciente se mostro muy participativa en las actividades recreativas, se mostro alegre.</p> <p>A disminuido de manera importante la ansiedad y la agresividad de la paciente, prefiere colorear, separa fichas por colores que ver la televisión.</p>

Diagnóstico. 00131 Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos manifestado por incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta, incapacidad para aprender nueva información, incapacidad para aprender nuevas habilidades, incapacidad para recordar acontecimientos, incapacidad para retener nueva información, incapacidad para retener nuevas habilidades.

Dominio 5. Percepción/cognición

Clase 4. Cognición

Definición. Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

RESULTADOS NOC. Memoria (0908)

Definición. Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada

INDICADORES	10/12/11	11/02/12	8/04/12	09/06/12
Recuerda información inmediata de forma precisa	G	G	G	G
Recuerda información reciente de forma precisa	G	G	G	G
Recuerda información remota de forma precisa	S	S	S	S

RESULTADOS NOC. Orientación cognitiva (0901)

Definición. Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.

Se auto identifica	N	N	N	N
Identifica a los seres queridos	S	S	S	G
Identifica el lugar donde esta	G	G	G	G

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

INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p data-bbox="184 268 684 300">Entrenamiento de la memoria 4760</p> <p data-bbox="184 341 621 373">Definición. Mejorar la memoria</p> <ul data-bbox="233 379 1035 1276" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="233 379 1035 485">• Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede. <li data-bbox="233 491 1035 564">• Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede. <li data-bbox="233 571 1035 676">• Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje o recuperación de la información verbal o grafica presentada, si procede. <li data-bbox="233 683 1035 788">• Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique orientación y fechas personales, si procede. <li data-bbox="233 794 1035 868">• Proporcionar oportunidades de concentración, como el juego de emparejar cartas, si procede. <li data-bbox="233 874 1035 979">• Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. <li data-bbox="233 986 1035 1059">• Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede. <li data-bbox="233 1066 1035 1098">• Remitir a terapia ocupacional, si procede. <li data-bbox="233 1104 1035 1136">• Vigilar la conducta del paciente durante la terapia. <li data-bbox="233 1142 1035 1216">• Identificar y corregir con el paciente errores de orientación. <li data-bbox="233 1222 1035 1276">• Controlar cambios en la memoria durante el entrenamiento. 	<p data-bbox="1056 306 1902 488">Se realizaron ejercicios de memoria (contar, identificar animales y letras), en las charlas se le estimulaba a recordar vivencias pasadas (el nombre de su familia, donde estudio, donde trabajo), recordarle palabras durante la plática, ubicarla en lugar tiempo y espacio.</p> <p data-bbox="1056 529 1902 775">Con las intervenciones se ha detenido el daño a la memoria aun recuerda como se llama, sigue contando, recuerda el nombre de sus padres y de sus hermanos, sin embargo cuando ve a su familia no los reconoce, ha dejado de escribir a pesar de que trabaje mucho este aspecto para intentar mantenerlo pero sigue leyendo los letreros que hice para ubicarla.</p>

CONCLUSIONES

El cuidado en el hogar es la oportunidad del ejercicio libre de la profesión del Licenciado en enfermería, ya que puede aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en este ámbito; se pueden fijar de manera más real los resultados esperados y dar intervención y seguimiento al plan de enfermería. El introducirse en el ambiente del paciente y no aislarlo como pasa en hospitales y asilos es una mejor forma de detectar problemas y hacer las modificaciones dentro del entorno en el que se encuentra la persona con alteraciones en las necesidades, es también una forma integral del cuidado de la persona, ya que se incluye a la familia en la participación del cuidado.

El modelo de Virginia Henderson ayuda a valorar al paciente de manera integral ya que incluye las necesidades fundamentales, entorno y salud de la persona y la intervención de enfermería para el logro de la independencia o una muerte tranquila.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta diagnóstica y de tratamiento a la persona de manera personalizada, es la manera de brindar cuidados de calidad, ya sea para restablecer o mantener la salud, por ello es importante el uso indiscriminado en cada cliente a fin de mejorar la atención de enfermería y establecer el método científico como instrumento básico en el área de la enfermería.

El manejo de diagnósticos estandarizados tiene la ventaja de la rápida ubicación e identificación de las necesidades alteradas, sin embargo tiene la desventaja de ser inalterable y no siempre se adaptan a los problemas, signos y síntomas que presenta el paciente.

El manejo del NIC tiene la ventaja de que las intervenciones son específicas para cada problema, esto ayuda para manejarlas de manera más simplificada, pero tiene la desventaja de no poder agregar ni modificar intervenciones.

El NOC tiene la ventaja de dar seguimiento a los resultados, y hacer evaluaciones fijadas.

Al realizar el PAE a la Sra. HGM, hubo modificaciones significantes para la conservación de su salud e independencia entre ellos puedo mencionar:

- Baño seguro mediante el uso de silla
- Comidas en el comedor con su familia
- Mejora en la higiene personal
- Control de halitosis, placa dentó bacteriana y avance de caries dentales
- Recuperación de movilidad
- Eliminación del abuso de laxantes
- Disminución de peso
- Consumo de todos los grupos alimenticios

- Control de la ansiedad
- Mantenimiento de la memoria

Por tanto la enfermera dentro del domicilio es de suma importancia ya que es el primer nivel de atención y el más importante dentro de nuestra profesión debido a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

ANEXOS

PLAN DE ALTA

HÁBITOS HIGIÉNICOS PERSONALES

Lavar frutas y verduras con agua hervida

Es necesario que lavemos con agua hervida y jabón las frutas y verduras, sobre todo, aquellas que no es necesario cocerlas. Hacerlo con agua hervida es más recomendable, pues el agua de la llave puede estar contaminada con microbios.

Lavar las manos antes de preparar, servir o tomar alimentos y también después de defecar

Lavarnos las manos constantemente se convierte en un hábito muy importante de la higiene personal, pues son las partes del cuerpo que utilizamos con mayor frecuencia. El número de bacterias que viven en la piel de las manos es muy grande, debido a que con ella agarramos muchísimos objetos, polvo, tierra, dinero, además de bacterias que introducimos en el cuerpo al llevarnos las manos a la boca.

Es indispensable lavarnos las manos, después de defecar. Así evitamos contagiar a otras personas además de contaminar los alimentos que tocamos. Es igualmente necesario que lavemos nuestras manos antes de preparar, servir o comer algún alimento a fin de eliminar los microbios que puedan contener.

Cuidar el manejo de los alimentos

Debemos procurar mantener los alimentos en refrigeración siempre que lo requieran. No es conveniente sacarlos del refrigerador y mantenerlos fuera de él por mucho tiempo, sobre todo si hace mucho calor, ya que pueden descomponerse fácilmente; es conveniente meterlos al refrigerador tan pronto como se enfríen, a fin de evitar que se descompongan.

Mantener limpio el hogar

No tirar basura fuera del basurero, ni restos de comida o bebidas por todos los cuartos. En esta forma se evita que se llenen de cucarachas y moscas, atraídos por la suciedad y basura. Estos animales con sus patas acarrear microbios que luego depositan en la comida y bebidas que tomamos. Asimismo, debemos adquirir un basurero que tenga tapa, para que los desperdicios, queden bien encerrados y no atraigan moscas.

Cuidado de la piel

En la piel y el cuero cabelludo hay bacterias y grasa. Si no tenemos una adecuada higiene personal mediante el baño diario, estaríamos propensos a varios problemas.¹²

HÁBITOS DIETÉTICOS

Es necesario el consumo entre 20 y 25 gramos de fibra todos los días, incorporar de 4 a 5 vasos de líquidos en la alimentación diaria, moderar el consumo de frituras y productos empacados, realizar pequeñas caminatas diarias.

Consumo de alimentos en cinco raciones.

- Desayuno
- Colación
- Comida
- Colación
- Cena

Se deben incluir por lo menos dos frutas, ensaladas o 1 tazón de verduras.

Consuma a diario un alimento amarillo o anaranjado

- Zanahoria, mango, papaya (son ricos en carotenos).

Coma diariamente seis cucharadas de frijoles, lentejas o garbanzos.

Recuerde que el agua la necesita para hidratarse y para mejorar el funcionamiento del intestino.

Moderar el consumo de café, el consumo de sopas sin vegetales.

Seis cucharadas de aceite vegetal para cocinar.

Disminuya el consumo de carne roja, modere el consumo de sal, sazónadores artificiales y azúcar.

CUIDADOS AL PACIENTE CON ALZHEIMER Y SU CUIDADOR.

La primera prioridad ha de ser la seguridad del paciente. Tanto el paciente como el cuidador necesitarán ayuda y apoyo.

Apoyo emocional: Las personas que cuidan a seres queridos que padecen de la EA se suelen sentir aisladas; muchas veces los cuidadores se sienten angustiados

¹² Gómez de la Torre Patricio, Manual de la familia saludable. Un proyecto de vida. Fascículo 6. Envejecer es un privilegio, (consulta 20/09/12). Disponible en: http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/INFORMACION_FAMILIA/6_ENVEJECER_UN_PRIVILEGIO.pdf

y desolados por el empeoramiento de la persona que cuidan. Es crucial para su salud mental y física que los cuidadores busquen apoyo emocional y se tomen pausas periódicas de descanso. No deje de consultar al médico si siente depresión o ansiedad.

Períodos de descanso: Los demás miembros de la familia, las amistades, los cuidadores profesionales o voluntarios, pueden contribuir a este descanso.

Seguridad: Es importante crear un entorno seguro y cómodo. Colocar una placa a la paciente con datos personales (nombre, teléfono, dirección y la enfermedad que padece). Evitar derramamientos en los suelos, fijar o quitar alfombras, acompañar a la paciente durante el traslado y la marcha.

Atención médica: El paciente con la enfermedad de Alzheimer necesitará atención médica permanente, tanto para la EA como para otros problemas de salud que puedan surgir. El cuidador tendrá que convertirse en el portavoz del paciente de la EA. Es importante establecer buenas relaciones con médicos y demás profesionales de la salud que comprendan el papel del cuidador y que integren al cuidador como miembro del equipo para brindarle al paciente una adecuada atención médica.

La enfermedad de Alzheimer plantea muchos desafíos, tanto al paciente mismo como a sus cuidadores. Sin embargo, esto no significa que ya no habrá más momentos de alegría, compañía y risas compartidas. La EA evoluciona lentamente, lo que significa que hay tiempo suficiente para planificar, tiempo para adaptarse al diagnóstico y tiempo para disfrutar de la mutua compañía.¹³

¹³ Jagus. William, Enfermedad de Alzheimer, Actualizado enero 2002, Family Caregiver Alliance. (Consulta 20/09/12). Disponible en: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=779.

GLOSARIO

Pepsina. Enzima del jugo gástrico que actúa sobre las proteínas formando polipéptidos. Las glándulas principales de la mucosa gástrica la segregan en forma de epsinógeno, el cual se convierte en pepsina en presencia del pH ácido del estómago (1,5-2).

ADH: Lóbulo anterior de la glándula hipófisis.

Miosis. Contracción de la pupila del ojo.

Neurona. Son las células funcionales del tejido nervioso. Ellas se interconectan formando redes de comunicación que transmiten señales por zonas definidas del sistema nervioso. En cada neurona existen cuatro zonas diferentes: El pericarion que es la zona de la célula donde se ubica el núcleo, las dendritas que son numerosas y aumentan el área de superficie celular disponible para recibir información desde los terminales axónicos de otras neuronas, el axón que nace único y conduce el impulso nervioso de esa neurona hacia otras células ramificándose en su porción terminal, uniones celulares especializadas llamadas sinapsis, ubicadas en sitios de vecindad estrecha entre los botones terminales de las ramificaciones del axón y la superficie de otras neuronas.

Nefrona. Unidad funcional del riñón. Fijan, secretan y absorben. Se compone de dos partes: El glomérulo y la capsula glomerular.

Osteoclasto. Son células capaces de resorber hueso.

Osteoblasto. Células formadoras de hueso.

Sarcopenia. Disminución de la masa muscular.

Proteína Tau. Las tau son proteínas microtubulares que abundan en las neuronas, siendo mucho menos frecuentes fuera del sistema nervioso central. Su principal función es la estabilización de los microtúbulos axonales a través de la interacción con la tubulina.

Proteína B amiloide. La β -amiloide es un péptido de 36 a 43 aminoácidos que se sintetiza a partir de la Proteína precursora amiloide (APP). La β -amiloide es el principal componente de las placas seniles (depósitos que se encuentran en el cerebro de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer).

Alelo. Los alelos (alelomorfos) son formas alternativas de un gen que se hallan en el mismo locus de cromosomas homólogos.

Apolipoproteína E4. Apolipoproteína E (ApoE) es una proteína de una sola cadena de 299 aminoácidos con dos dominios estructurales que también definen los dominios funcionales. ApoE4 se liga normalmente a los receptores LDL pero está asociada con niveles elevados de colesterol y con riesgo elevado de enfermedad

cardiovascular. Adicionalmente, apoE4 es un factor de riesgo para enfermedad de Alzheimer y es un predictor de mal pronóstico en trauma encéfalo craneano.

Proteína amiloide PPA. La proteína precursora de amiloide (PPA) , se trata de una proteína trans membrana tipo 1. Es precursora de la proteína Beta - Amiloide (PBA) que es el principal constituyente de las placas amiloideas y de los depósitos vasculares que se encuentran entre los rasgos patológicos de en la enfermedad de Alzheimer. La generación de Beta Amiloide depende del procesamiento de la PPA por la enzima endoproteasa llamada Beta y Gama secretasa.

Reflectividad. El reflejo es la respuesta motriz o secretoria, independiente de la voluntad, provocada inmediatamente después de la aplicación de un estímulo sensitivo o sensorial, que puede ser o no consciente.

Inhibidores de la colinesterasa. Compuesto químico que inhibe a la enzima colinesterasa impidiendo que se destruya la acetilcolina liberada, produciendo como consecuencia un aumento en la concentración y en la duración de los efectos del neurotransmisor.

Enzima colina acetiltransferasa. Enzima que se sintetiza en el cuerpo de una neurona. Ella luego se transfiere a la terminal nerviosa a través del flujo de axoplasma. El papel de acetiltransferasa de colina es unir la acetil-CoA a la colina, resultando en la formación del neurotransmisor acetilcolina.

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 dos apartados de opción múltiple. El primero de tamizaje con 6 preguntas; el segundo con 10 preguntas.

Índice de Valoración de Salud Oral Geriátrica. (GOHAI) Evalúa repercusiones psicosociales, masticación, deglución, selección de alimentos y molestias locales del estado de salud bucodental. 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 asearse, bañarse. Cuestionario conformado por 10 apartados, cada uno de ellos contiene 5 opciones de respuesta. Se puntúa de 0 a 100 (90 para paciente 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 en 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 máximo para la marcha 12 puntos y para el equilibrio 16 sumando un total de 28. Se considera alto riesgo de caídas cuando el puntaje es de 18 o menos; riesgo moderado de 13 a 24 puntos, riesgo bajo 25 a 28 puntos.

Escala de somnolencia de Epworth. Evalúa la propensión del adulto a quedarse dormido en situaciones sedentarias diferentes. Escala con puntuaciones posibles por cada reactivo de 0-3. Al final se obtiene 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, primero 4 abordan el dormir

cuantitativamente, 5° reactivo calidad de dormir, y los últimos 3, impacto diurno provocado por el insomnio.

Apgar familiar Evalúa la 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 deben 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 14 y 17, leve; entre 10 y 13 puntos, disfunción moderada; y si es igual o superior a 18 se considera funcional.

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

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Establece diagnóstico presuntivo de depresión, cuestionario de 30 preguntas dicotómicas y puede ser de auto aplicación.

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. 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 auto aplicación. 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 en enfermedad, ansiedad y depresión. Formado por 22 tipo Likert con 4 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación. Escala de evaluación puntuación menor de 47 no se encuentra en sobrecarga, 47-55 sobrecarga leve, mayores de 55 sobrecarga intensa.^{14, 15}

¹⁴ Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3ª Ed. Madrid 1996.

¹⁵ Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004 (consulta 07/08/2012). Disponible en: <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

1. Atewell Alex. Florence Nigtingale (en línea). Revista trimestral de educación comparada. Vol. XXVIII, N° 1, marzo 1998, pg. 173-189. (consulta 16/09/12). Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF
2. Beare, Myer, Enfermería medico quirúrgica, 2ª edición, Editorial. Mosby, España 2009.
3. Beers Mark H., El manual Merck de diagnóstico y tratamiento, España, 18^{va} Edición, Editorial. Elsevier, 2006.
4. Bulechek M. Gloria, Butcher K. Howard, Et. Al. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), 5a edición. Editorial Elsevier Health Sciences.
5. Colliere, M. F. Promover la vida. 2da edición. Editorial. Interamericana. 1993.
6. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004 (consulta 07/08/2012). Disponible en: <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>
7. Feria. O. Marcela Alzheimer: una experiencia humana 1ra edición. Editorial Pax México.
8. García González María, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, primera edición. Editorial Progreso. 2002.
9. García HM. Ania P. José M. Manual de enfermería geriátrica 2da Edición, Editorial. MAD, España 2010.
10. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3ª Ed. Madrid 1996.
11. Guillen Llera Francisco, Ruipérez Cantera Isidoro, Manual de Geriátria, 3ra edición. Editorial. Masson 2003.

12. Jagus. William, Enfermedad de Alzheimer, Actualizado enero 2002, Family Caregiver Alliance. (Consulta 20/09/12). Disponible en: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=779
13. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4ta Edición. Editorial Harcourt Brance.
14. Mena López Raúl, Luna Muñoz José; et. Al. Histopatología molecular de la enfermedad de Alzheimer (en línea). Revista digital Universitaria. El quehacer universitario en línea. (Consulta 16/09/12). Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.4/num7/art20/nov_art20.pdf
15. Moorhead Sue, Johnson Marion, et. Al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4ta edición. Editorial Elsevier Health Sciences.
16. Padrón Pérez Noel, Gra Menendez S, Libre Rodríguez J.J. Presenilinas, Apo E y enfermedad de Alzheimer, Revista Cubana de Investigación Biomédica 2002:21(4). (Consulta 20/09/12). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol21_4_02/ibi07103.htm
17. Phaneuf Margot, Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería, primera edición 1993, Editorial. Mc Graw-Hill.