



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON DETERIORO EN LAS NECESIDADES DE
OXIGENACIÓN, ELIMINACIÓN, ALIMENTACIÓN, MOVILIDAD, POSTURA Y
EVITAR PELIGROS.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA:

OLVERA MORALES LUIS ALBERTO.

NÚMERO DE CUENTA: 304251265

DIRECTOR ACADÉMICO:

E.E.C.V. JAIME CASTILLO FLORES

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE 2013.



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.

ÍNDICE	
I. Introducción.	2
II. Justificación	5
III. Objetivos	6
IV. Metodología.	7
V. Marco conceptual.	8
1. Conceptualización de enfermería.	8
2. Conceptualización del cuidado.	9
3. Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.	11
VI. Marco teórico.	12
1. Proceso enfermero.	12
2. North American Nursing Diagnosis Association International.	14
3. Escalas de valoración.	14
4. Deterioro normal del adulto mayor.	15
5. Arritmia cardiaca.	20
6. Hipertrofia prostática.	22
7. Demencia senil.	23
8. Sarcopenia.	25
VII. Valoración de enfermería a través del instrumentó de valoración de las 14 necesidades.	26
VIII. Aplicación del proceso enfermero.	36
IX. Conclusiones.	103
X. Anexos.	104
1. Instrumento de valoración.	104
2. Escala de Tinneti.	110
3. Escala de Epworth.	113
4. Escala de Golbertg.	114
5. Escala de Norton.	116
6. Escala de valoración de Barthel.	117
XI. Bibliografía.	120



AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser mis guías, por darme su confianza, su amor, por enseñarme a luchar por mis objetivos y a nunca darme por vencido ante la adversidad.

A mis hermanos que siempre me dieron su apoyo para levantarme cuando me sentía derrotado.

A mi hermana que no conocí pero sé que siempre está presente en mis logros.

A mi amiga, confidente y pareja que siempre estuvo ahí para darme su ayuda incondicional.

Al maestro Jaime Castillo Flores por su asesoría, paciencia y comprensión en la elaboración de este trabajo.

A la memoria de Sr. Manolo Sampedro García, consejero y amigo (1920 – 2013).



INTRODUCCIÓN.

Este proceso de atención de enfermería que tiene en sus manos fue realizado con el fin de adquirir el título de licenciado en enfermería y obstetricia que expide la Escuela Nacional de Enfermería y Obstétrica.

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está sufriendo cambios significativos; entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.

Actualmente México es un país de jóvenes, donde 50% de la población tiene 22 años o menos; no obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo de población en los años por venir.

La esperanza de vida al nacer se refiere al número de años que en promedio se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto al mismo patrón de mortalidad observado para la población en su conjunto en cierto periodo. Este indicador permite medir la intensidad de la mortalidad, hacer comparaciones en el tiempo y entre regiones o países.

En el México de 1930 se esperaba que una recién nacida viviera en promedio 34.7 años, mientras que para los niños la esperanza de vida al nacer era de 33 años, es decir, 1.7 años menos que las mujeres. El aumento de los niveles de bienestar registrados permitió una ganancia significativa en la expectativa de vida de la población, que alcanzó 67.7 años para los varones y 73.5 años para las mujeres en 1990.

Entre 1990 y 2010 se ganaron 4.8 años en la esperanza de vida de la población; el incremento para las mujeres fue de 4.3 años, mientras que en los varones fue de 5.4 años; ello permitió disminuir la diferencia entre las expectativas de vida de ambos a 4.7 años. Las diferencias que todavía existen en el nivel de exposición al riesgo de fallecer de mujeres y hombres están en función de las actividades y de los espacios donde se desempeñan unas y otros, así como de las responsabilidades y estilo de vida diferenciados. Si bien la esperanza de vida en



México ha aumentado progresivamente, aún prevalecen diferencias entre las entidades federativas que reflejan la desigualdad que existe en el país.¹

Si la esperanza de vida ha aumentado, por lo tanto la demanda de profesionales de la salud en el área de geriátrica será mayor. Esto implica que el profesional de enfermería tenga mayor conocimiento en la aplicación del proceso enfermero a un adulto mayor y de otras fuentes de ayuda como son las etiquetas diagnósticas de NANDA, las taxonomías de NIC y NOC. Los modelos de atención de enfermería son la base fundamental que guía el proceso.

El proceso de atención de enfermería (P. A. E), permite al profesional de enfermería dar cuidados de una forma crítica, lógica y ordenada. El sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, se compone de cinco pasos: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación donde cada una de ellas es fundamental para que las intervenciones de enfermería sean las más adecuadas para mejorar la calidad de vida o pronta recuperación del paciente.

Se ha elegido el modelo de atención de Virginia Henderson, porque es el modelo que más se adapta a la situación de la persona cuidada y a nuestro contexto sociocultural, ya que se centra en la función propia del profesional de enfermería, entendida como una manera de que el comprenda las necesidades del ser humano y pueda ayudarlo a solucionarlas y a llevar su vida de forma normal y productiva tanto como le sea posible aun durante la enfermedad.

Usando las etiquetas diagnósticas de la NANDA para la elaboración de los diagnósticos, la taxonomía de la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) y la taxonomía de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) ya que son muy útiles para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz y el diseño de programas.

Este proceso de atención de enfermería fue realizado debido a las demandas de cuidado que requiere un adulto mayor en el hogar. Es un caso clínico real, donde la actuación de enfermería es presentada de manera descriptiva; la información fue obtenida a través de un instrumento de valoración cuantitativo y cualitativo, que permitió recoger de manera más organizada los datos objetivos y subjetivos de las necesidades valoradas.

¹Instituto Nacional de Estadística, Los Adultos Mayores en México perfil, sociodemográfico a inicios del siglo XXI, ed. 2005, p 9.



Se presenta el caso de un adulto de mayor de 93 años que cursa con un diagnóstico médico de hipertrofia prostática benigna, arritmia ventricular, hipoacusia, anodencia total, sarcopenia y demencia senil, en donde todas se encuentran relativamente controladas con una serie de medicamentos y prótesis que son de por vida y con consultas frecuentes con diversos médicos especialistas.

Se realizó una valoración exhaustiva y diversas valoraciones focalizadas para que de esta manera se tuviera más información de mayor calidad para la elaboración de un plan de cuidados integral en donde el objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo las necesidades más afectadas, buscando una respuesta positiva a las intervenciones y cuidados que se le dan.

De acuerdo a los datos obtenidos se realizaron una serie de tablas que determinaron cuáles eran necesidades más afectadas, estas dieron paso a la realización de diagnósticos jerarquizándolos por su grado de importancia para en la mejora de la calidad de vida del paciente en cuestión. La evaluación constante del paciente produjo mejoras por lo tanto se volvió a reclasificar necesidades.

Por último se presentan las conclusiones en donde se resalta la importancia de este trabajo, las esperanzas a futuro y los conocimientos adquiridos durante su elaboración.



JUSTIFICACIÓN.

La ejecución del proceso enfermero es parte fundamental en la formación de los nuevos profesionales, guía importante en el cuidado que da el profesional de enfermería a una persona sana o enferma, refuerza sus habilidades en las diversas áreas de trabajo intra-hospitalaria, comunidad o en el hogar, buscando como meta la recuperación de su independencia total, mejorar la calidad de vida con cuidados y calidez humana, ver a la persona como un ser único, de una forma holística para conocer y entender los aspectos sociohumanísticos que envuelven el contexto en que vive.

El profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad, ya que en sus manos se encuentra el restablecimiento del enfermo; en donde hay que poner en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica, para poder comprender la enfermedad, reunir datos objetivos y subjetivos de forma ordenada y precisa, formular objetivos reales y lógicos, establecer diagnósticos adecuados, priorizar las necesidades de acuerdo a su gravedad, fundamentar científicamente las intervenciones realizadas, evaluar los resultados de dichas intervenciones y volver a iniciar todo este proceso las veces que sean necesarias para satisfacer las necesidades de la persona.

Los pacientes geriátricos requieren de atención, cuidados, afecto, tolerancia para que su recuperación sea lo más rápida posible, aunque es más lenta y difícil que en otras etapas de la vida. Su deterioro va relacionado al estilo de vida que hayan tenido en su juventud, los abusos y excesos que tuvieron durante su vida se ven repercutidos en la vejez, además de las diversas enfermedades crónicas degenerativas que se van agregando durante su vida, todos estos factores son los que hacen la diferencia entre tener una vejez sana o enferma.

La aplicación del proceso enfermero a un adulto mayor tuvo como finalidad mejorar su calidad de vida, para que de esta manera el tuviera una relación más adecuada en su hogar, con su familia y consigo mismo. Logrando de esta forma una atención holística.



OBJETIVOS.

GENERAL.

Ofrecer cuidados integrales a un adulto mayor con base en las necesidades fundamentales a través del proceso de enfermería en el contexto de cuidados en el hogar

ESPECIFICO.

Establecer diagnósticos de enfermería adecuados para una pronta recuperación en un periodo determinado de tiempo.

Aplicar las intervenciones de enfermería de acuerdo a sus posibilidades, sin perder el rumbo de la recuperación.

Ofrecer resultados positivos en los cuales se refleje una mejora en su estado biológico, psicológico y social.

Mejorar la calidad vida disminuyendo el deterioro normal del envejecimiento a base de ejercicios y terapias.



METODOLOGÍA.

El proceso de atención de enfermería fue realizado en el hogar de un adulto mayor de 92 años en México, Distrito Federal, en un período que comprende de febrero a mayo 2013.

Se solicitó el consentimiento de los familiares para la realización del mismo, utilizando el instrumento de valoración de la academia de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se elaboró una valoración exhaustiva y 25 focalizadas.

Se elaboraron diagnósticos con la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA I)

Se emplearon resultados con la Nursing Outcome Classification (NOC)

Las intervenciones en base a la Nursing Intervention Classification (NIC)

Búsqueda bibliográfica en base de datos como Elsevier, Biblioteca Virtual de Salud, acervo electrónico UNAM y del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI).



MARCO CONCEPTUAL.

Conceptualización de enfermería.

Florence Nightingale hace casi 150 años estableció que la enfermería es “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudar en su recuperación”², considera esencial para la recuperación un entorno limpio, ventilado y tranquilo. A menudo es considerada la primera teórica de la enfermería, Nightingale elevó el valor de la enfermería a través de la educación. Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definió a la enfermería. Escribió: “La función primordial de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda; si tuviera la fuerza, la voluntad, el conocimiento necesario y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”³

Como Nightingale, Henderson describió la enfermería en relación con el paciente y su entorno. A diferencia de Nightingale, Henderson vio a la enfermera como alguien preocupado por los individuos enfermos y sanos, reconoció que interactuar con las personas incluso cuando la recuperación puede ser no viable es fundamental para el paciente para mejorar su calidad de vida. Se mencionan las funciones de enseñanza y apoyo activo del profesional de enfermería. En la segunda mitad del siglo XX, varias teóricas desarrollaron sus propias definiciones de enfermería. Describen lo que es la enfermería y la interacción de entre sus profesionales, la especialidad, la persona, el entorno y el resultado pretendido por el profesional de enfermería como de la persona. Algunos asuntos son comunes a muchas de estas definiciones:

Le enfermería es atención y cuidados, es un arte, es una ciencia, se centra en la persona como una profesión de ayuda, es holística, es adaptativa y se preocupa por promover la salud, su mantenimiento y en su recuperación.

La American Nurses Association (ANA) modificó varias veces sus propias definiciones. Su última definición de enfermería profesional es mucho más amplia y dice lo siguiente: “la enfermería es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

²Marriner, Ann y Raile, Modelos y Teorías de enfermería. 6 ed. Madrid, Elsevier, 2006. P.77

³Ibidem, P.55



Se han incrementado las investigaciones para explorar el significado de la atención de enfermería.⁴

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos de otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación.⁵

Conceptualización del cuidado.

Las actividades más primitivas para, “dar cuidados”, era un conocimiento ligado a cualquier forma de vida; proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, la comunidad, del desarrollo y mantenimiento de vida.⁶

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

Desde una perspectiva global, los aspectos más significativos de la enfermería en los últimos años son: el cambio de orientación hacia la salud y la enfermedad, la paulatina transformación de un criterio de dependencia médica y más allá de esto existe una aportación propia y específica de la profesión de enfermería que deben ser realizados con plena responsabilidad sobre los mismos.⁷

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el

⁴Kosier B; Glen E; Berman A; Snyder S; Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas, 7. Edición, Madrid. MC Graw Hill-Interamericana, 2005. P. 5-22. Vol. 1.

⁵ Cohen J.A., Dos retratos del cuidado: Una comparación de las teoristas Leiniger y Watson. Estados Unidos de América. Diario de Avances Enfermeros. 1996. P.988-996.

⁶ Coliere, M.F. Promover la vida. 2. Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1993. P5-17

⁷ Ibidem. P. 19.



conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”⁸

Paradigmas de enfermería.

- PERSONA: Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.
- SALUD: Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.
- ENTORNO: Factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.
- CUIDADO: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

El rol profesional es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando esta no pueda hacerlo o ayudar a desarrollar lo que falta (fuerza, conocimiento o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

Sus postulados son tres:

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.

La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

El objetivo de los cuidados consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas, el usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades o que aun sin presentarlo tiene un potencial que desarrollar, el rol profesional consiste en suplir la autonomía de la persona o ayudar a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, conocimiento o voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos interno y externos.

⁸ Ramos L.F; Sobrá C.S; Silva G.L; Bernet T.J; Et. Al; Matronas del cuidado.España. MAD.2007.P.198



La fuente de dificultad, que en este modelo recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

La intervención de la enfermera, incluye a su vez dos elementos que son el centro de la intervención (son áreas de dependencia de la persona) y los modos de la intervención.

Las consecuencias de las intervenciones es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la adecuada satisfacción.

Necesidades Básicas.

Virginia Henderson deduce que el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como armonía de todos los aspectos del ser humano (biológico, psicológico, sociocultural y espiritual).⁹

Las catorce necesidades básicas son:

1. Respirar con normalidad: función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de las necesidades no tendría sentido alguno.
2. Comer y beber adecuadamente: tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona.
3. Eliminación de los desechos del organismo: nuestro cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico. Nuestro organismo tiene diversas maneras de eliminar productos de desecho: heces, orina, sudor, aire.
4. Moverse y mantener una postura adecuada: el movimiento nos hace libres de hacer aquello que necesitamos, queremos o debemos. Cuando una persona ve limitado su movimiento, sea en mayor o menor grado, se ve obligado a pedir ayuda para actividades de su vida cotidiana.

⁹ Marriner T.A; Raille, A.M; Teorías y Modelos de Enfermería. 6 Ed. Harcourt Brance, 2007. P.99-112.



5. Dormir y descansar: nuestro organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo día, el sueño reparador de la noche o los pequeños descansos en el día, hace que seamos capaces de proseguir con nuestros quehaceres.
6. Vestirse y desvestirse: una tarea tan simple como elegir la ropa que quieres llevar ese día y ser capaz de ponérsela uno mismo es sinónimo de independencia.
7. Mantener la temperatura corporal: encontrarse en un ambiente con la temperatura adecuada, ser capaz de regular tu organismo según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipo o hipertermia.
8. Mantener la higiene corporal: poder lavarse a diario sin ayuda, mantener la integridad cutánea.
9. Evitar los peligros del entorno: ser capaz de identificar los riesgos de la vida diaria, saber cómo actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.
10. Comunicarse, explicar emociones, necesidades, miedos y opiniones: tener vida social, un círculo de amistades, personas en las que apoyarse...
11. Creencias y religión: poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión de cada uno.
12. Trabajar: para sentirse realizado, útil y parte de la sociedad.
13. Recreación y ocio: tiempo de distracción, disfrute y relajación.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un descubrimiento normal de la salud.

MARCO TEORICO.

Importancia del modelo de Virginia Henderson.

Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.), que le ha mantenido hasta la fecha.

Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir sus conceptos.

Su construcción teórica es muy abierta, permite adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados.

Incluye también como parte de la actuación de la enfermera la interacción de con otros profesionales de la salud.



Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, afrontamiento, interrelación con los demás, con su entorno de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.

Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.) para formular los problemas identificados.¹⁰

El proceso de atención de enfermería es la herramienta con la cual el profesional de enfermería aplica sus conocimientos para elaborar un plan de cuidados de forma total. El proceso enfermero tiene importancia para la práctica de enfermería:

- Desarrolla un plan eficaz y eficiente.
- Agiliza los diagnósticos y tratamientos 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.¹¹

El proceso de enfermero consta de cinco etapas:

Valoración.- recolección de datos anteriores y actuales que conciernen a la persona, familia y entorno

Recolección de datos objetivos: se obtiene a través del examen físico.

Recolección de datos subjetivos: estos se refieren a las sensaciones, ideas que obtenemos al comunicarnos con el paciente.

Para la valoración debemos hacer: entrevista, observación y examen físico.

Diagnósticos.- Es el juicio clínico o conclusión que ocurre como resultado de la valoración de enfermería.

Planificación: identificar los objetivos que se persiguen y la estrategia más conveniente para lograr los objetivos.

Ejecución.- lleva acabo las estrategias planeadas.

Evaluación.- valorar la eficacia de nuestros planes de acuerdo al cumplimiento de nuestros objetivos planeados.¹²

¹⁰ Marryner T.A; Railie, A.M; op.cit; P.99-112.

¹¹GarcíaG.M. El proceso de enfermería y el modelo de atención de Virginia Henderson. Progreso. México. 2002. P.23



North American Nursing Diagnosis Association International.

A principios de la década 1970, Kristine Gebbie y Mary Ann organizaron la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnostic. En esta primera reunión se inició el esfuerzo formal para identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros.

A partir de esta fecha se reúnen cada dos años para la identificación de las etiquetas y el listado de las características definitorias y manifestaciones basadas en el recuerdo de las situaciones de los enfermeros (as)/usuarios, en su experiencia clínica y en la consulta bibliográfica. Los diagnósticos se aceptan o rechazan con el voto mayoritario de las participantes.

En 1982 se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis creándose en su lugar la North American Nursing Diagnosis Association, cuyo principal objetivo seguía siendo el desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía diagnóstica propia.

Escalas de valoración.

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

- 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 3 opciones de respuesta.
- Escala de Norton. Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.
- Marcha y equilibrio (Escala de Tinetti). evalúa el equilibrio y la marcha. Conformado por 2 apartados, el primero evalúa el equilibrio a partir de nueve tareas a realizar; el segundo corresponde a la marcha a partir de 7

¹² Phaneuf M., Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería, 1993, Mc Graw-Hill. P. 10-29.



actividades y arroja un puntaje. Escala de evaluación máximo para la marcha y para el equilibrio 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 puntuación posible por cada reactivo de 0-3. Al final se obtiene puntajes acumulados que oscilan entre 0-24 donde los puntajes altos representan un mayor grado de somnolencia
- Escala de Ansiedad de Golberg. Evalúa el grado de ansiedad, consta de preguntas opcionales y obligatorias, primeras 4 obligatorias.

Deterioró Normal del Adulto Mayor.

Sistema cardiovascular.- aumento de colágeno en las capas subendocárdicas y subepicárdica. En el sistema valvular es frecuente la calcificación de anillos y de las válvulas así como la degeneración de la 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 arterosclerosis generalizada.

Aparato respiratorio.- los pulmones del anciano disminuyen de tamaño, pesan aproximadamente un 20% menos que los de un adulto. Existe una pérdida de la elasticidad pulmonar.

En las costilla 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 activación 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 neuronales como el tejido conjuntivo y pérdida de la elasticidad del tejido conjuntivo. La atrofia 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 no peristáltica, retraso del tiempo esofágico y una mayor incompetencia del esfínter.

En el estómago puede haber trastornos de 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 del hierro y de la vitamina B12.

En el intestino delgado se produce pérdida de peso y de cantidad del área mucosa. Suele haber también una disminución en la motilidad intestinal que puede favorecer el estreñimiento.

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

Disminuyen el flujo sanguíneo, que influyen directamente en la capa metabólica del hígado. Se produce una disminución de la síntesis de proteínas. Hay reducción del metabolismo por oxidación y mantenimiento normal de la vida de acetilación, lo que afecta al metabolismo de los fármacos que se le pueden administrar al anciano.

Páncreas.- hay disminución en el tamaño y peso en relación con la edad. La secreción exocrina disminuyen 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 en el tamaño de los folículos y del contenido coloidal. Hay aumento de la modularidad. Estos cambios anatómicos e histológicos reflejan un fenómeno autoinmune.

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



Medula suprarrenal.- hay aumento en los niveles de noradrenalina tanto basales, como ante diferentes estímulos.

Páncreas endocrino.-hay modificación en la tolerancia a la glucosa en relación con el envejecimiento los valores basales en glucosa posprandial (1-2mg/dL/10años).

Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos.

Sistema Nervioso Central

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

La sustancia gris se ve disminuida de los 20 a los 50 años, y a partir de ese momento también la sustancia blanca. Las meninges presentan fibrosis e incluso calcificaciones, hay presencia de atrofia neuronal.

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

La inteligencia cristalizada, relacionada con conocimientos adquiridos, no se modifican, mientras que se 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 vea afectada la memoria inmediata y de evocación.

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 musculara y puede verse cierto grado de atrofia muscular en los músculos intrínsecos de las manos, pantorrilla y muslos.



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

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

Postura y marcha. Hay una tendencia de flexión ligera de caderas y rodillas. La velocidad de la marcha disminuye debido a un acortamiento del paso y el mayor tiempo de apoyo de los pies en el suelo.¹³

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 córnea puede haber un anillo periférico de depósito 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 disminuyen 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 su elasticidad, hay cambios degenerativos en las superficies auriculares de los huesecillos del oído medio, existe atrofia de las células cocleares y descenso de neuronas auditivas.

Sistema Nefrológico.

Tracto urinario superior. Hay una disminución de la masa renal y un descenso total que pasa de 250-270 gr. En un adulto joven a 180-200 gr. Existe un aumento progresivo de la grasa intrarenal y perirenal. Disminución de número y de tamaño de las nefronas.

Se produce una disminución de la capacidad de excreción y de reabsorción de túbulo 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 vascular de la uretra que condiciona una disminución del cierre

¹³ Guillen L.F; Ruipérez C.I. Manual de Geriatría 3 ed. Barcelona. Masson. 2003. P. 64-76.



uretral. En el caso de las mujeres y como consecuencia de los partos previos, se pueden 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 producen un aumento del pH hay 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 Musculo-Esquelético.

Hueso. Existe una pérdida de masa ósea, ya que se produce un aumento de 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 en el color, superficie más fina, mayor facilidad de pequeños desgarros, disminución de la resistencia al sobrepeso sin fisurarse o erosionarse. Hay disminución en la viscosidad del líquido sinovial y cambios de tipo fibrotico 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.

Musculo. Se produce una disminución de la masa corporal magra sobre todo a expensas del musculo esquelético. Paralelamente hay un incremento de la masa grasa. El efecto del envejecimiento sobre el musculo 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 la dermis, del recambio dérmico y de los melanocitos. Hay un



adelgazamiento de la unión dermoépidémica y una pérdida de colágeno junto con la atrofia e las glándulas sudoríparas. Como consecuencia hay aparición de arrugas alopecia y encanecimiento del cabello.

Sistema hematopoyético. En la medula ósea se produce un aumento de grasa y una disminución del tejido hematopoyético, descenso en la actividad de la medula 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 capacidad de adaptarse a diferentes temperaturas ambientales.¹⁴

Arritmia cardíaca.

Los latidos del corazón ocurren como consecuencia de unos impulsos eléctricos que hacen que las aurículas y los ventrículos se contraigan de forma adecuada, sincrónica y rítmica. La frecuencia cardíaca normalmente oscila entre 60 y 100 latidos por minuto (lpm), y responde a la siguiente secuencia:

- El impulso eléctrico del corazón se inicia en el nodo sinusal, emplazado en la aurícula derecha.
- De ahí pasa por las aurículas al nodo aurículo-ventricular, situado en la unión de las aurículas con los ventrículos y llega a los ventrículos por el haz de His.
- Finalmente, este estímulo se conduce por los ventrículos a través del sistema Purkinje.

Causas

Las arritmias cardíacas aparecen por alguno de estos tres motivos:

- El impulso eléctrico no se genera adecuadamente
- El impulso eléctrico se origina en un sitio erróneo.
- Los caminos para la conducción eléctrica están alterados.

Hay diferentes clasificaciones de las arritmias:

1.-Por su origen

- Supraventriculares: se localizan por encima del Haz de His, es decir, en las aurículas o en el nodo aurículo-ventricular
- Ventriculares: se originan en los ventrículos

¹⁴ Guillen L.F.;Ruiperéz C.I op.cit;P.64-76



- Por su frecuencia cardiaca
 - Rápidas o taquicardias: frecuencia superior a los 100 lpm
 - Lentas o bradicardias: frecuencia por debajo de los 60 lpm
- 2.-Por su modo de presentación
- Crónicas: de carácter permanente
 - Paroxísticas: se presentan en ocasiones puntuales

Síntomas

Las arritmias pueden causar síntomas como palpitaciones, mareo, síncope, dolor torácico o pérdida de conocimiento, pero también pueden pasar inadvertidas y detectarse casualmente cuando se realizan pruebas diagnósticas.

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico es necesario demostrar que existe una alteración en la actividad eléctrica cardiaca.

La prueba diagnóstica de referencia es el electrocardiograma, pero tiene la desventaja que solo registra la actividad eléctrica cardiaca en el momento en que se está realizando y por tanto solo nos muestra si existen arritmias en ese momento.

En ocasiones pueden utilizarse otras pruebas, como el holter, que registra la actividad eléctrica cardiaca durante un periodo de tiempo más prolongado (uno o más días), o más raramente los Holter implantables, que se colocan debajo de la piel mediante una sencilla intervención quirúrgica, pueden llevarse durante años y se reservan para pacientes en los cuales se sospechan arritmias graves que no se han podido detectar mediante otros métodos.

Cuando se sospecha que existe una arritmia relacionada con el esfuerzo físico puede realizarse una prueba de esfuerzo.

Finalmente, puede estudiarse en profundidad el sistema de conducción cardiaco e intentar reproducir las arritmias mediante el llamado estudio electrofisiológico, que se realiza introduciendo unos cables en el interior del corazón, generalmente desde las venas de las piernas (vena femoral) que permiten registrar la actividad eléctrica cardiaca y estimular al corazón para reproducir arritmias.

También suele ser importante averiguar si existe alguna alteración estructural del corazón asociada a la arritmia, para lo cual puede realizarse una ecocardiografía.¹⁵

¹⁵ <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/arritmias.html>



Hipertrofia prostática benigna.

Obstrucción del flujo urinario con aumento prostático y presencia de síntomas del tracto urinario inferior. Es una enfermedad lentamente progresiva, su sintomatología puede fluctuar en el tiempo.

Epidemiología: La hipertrofia benigna prostática es el tumor benigno más común en el hombre. A los 60 años de edad un 50% de los varones presenta hallazgos microscópicos de hipertrofia benigna prostática y se dice que el 90% lo sufre a los 85 años. A los 80 años no menor del 60% de los hombres presentan síntomas.

Factores de riesgo.

Una edad suficiente y la presencia de tés funcionantes son condiciones necesarias para desarrollar una Hipertrofia Benigna Prostática. No se encuentran datos que avalen la influencia de factores como: la raza, aspectos de la dieta, actividad sexual, factores genéticos, etc. en la Hipertrofia Benigna Prostática. Pero parece que la actividad física puede ejercer un efecto protector y fármacos como los bloqueadores alfa pueden reducir el riesgo de Hipertrofia Benigna Prostática.

Etiopatogenia:

No se conoce la causa exacta del agrandamiento de la próstata. Se cree que factores ligados al envejecimiento y a los testículos pueden jugar un papel importante en el crecimiento de la glándula.

A partir de los 40 años, por mecanismos posiblemente hormonales suele haber un aumento de la glándula prostática. Se cree que el crecimiento de la glándula prostática depende de un desequilibrio hormonal. A partir de los 40 años los testículos tienden a secretar menor cantidad de testosterona. Esta disminución en la cantidad de la hormona masculina circulante estimula la producción de factores de crecimiento celular a nivel prostático originando el progresivo aumento del tamaño de la glándula.

Síntomas irritativos

- Polaquiuria diurna
- Nicturia
- Urgencia miccional
- Malestar hipogástrico
- Hematuria macro o microscópica (no glomerular).

Síntomas obstructivos.



- Retraso en el inicio de la micción
- Sensación de micción incompleta
- Goteo post miccional
- Disminución de la fuerza del chorro
- Micción intermitente
- Retención urinaria aguda
- Infecciones urinarias en el anciano
- Insuficiencia renal crónica por hidronefrosis (evolución terminal).¹⁶

Demencia senil.

En la actualidad se define a la enfermedad de Alzheimer, como una forma de demencia caracterizada por criterios clínico patológicos, con afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento, la conducta y patológicamente como una abiotrofia cortical, con presencia de placas seniles y degeneración neurofibrilar.

Epidemiología. La demencia senil es la cuarta causa principal de muerte en las personas de edad avanzada. Su incidencia anual en los pacientes mayores de 80 años es del 4%. La demencia leve aparece en el 10% de pacientes mayores a 65 años, la grave en el 5% y el 20% en los mayores a 80 años. Aproximadamente el 50% de los pacientes que se encuentran en instituciones destinadas al cuidado de los enfermos crónicos sufren demencia senil.

Fisiopatogenia.

Las investigaciones sobre las causas de la enfermedad de Alzheimer incluyen estudios sobre factores genéticos, neurotransmisores, inflamación, muerte celular programada, la beta amiloidea, degeneración neurofibrilar, placas seniles, el metabolismo del colesterol, el estrés, la enzima telomerasa. Actualmente se la considera como una enfermedad multifactorial, con factores genéticos determinantes y ambientales importantes. Existen dos tipos de enfermedad de Alzheimer: de inicio temprano que se presenta en familias e involucra mutaciones hereditarias autosómicas dominantes.

La de inicio tardío, donde el papel de los genes es menos directo y definitivo.

Factores de riesgo y protectores.

Varios factores afectan la posibilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Algunos son modificables y otros no.

¹⁶ Kirby R.McConnell JD. Fisiología de la Hiperplasia benigna de la próstata. Barcelona: FastFact.J&C. Ediciones Médicas.1998. p 74-75.



Factores de riesgo Probables

- Deterioro cognitivo leve
- Aumento de homocisteína
- Deficiencia de estrógenos
- Hipertensión
- Diabetes.
- Dislipidemias.
- Infarto de miocardio

Factores de riesgo Definitivos

- Edad.
- Hereditarios.
- Mutaciones.
- Genéticas.

Factores de riesgo Posibles

- Tóxicos.
- Depresión.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Edad avanzada de los padres.
- Herencia vía materna.
- Tamaño reducido de la cabeza.
- Parkinson.

Factores Protectores.

- Terapia con estrógenos.
- Antiinflamatorios.
- Hipolipemiantes.
- Antioxidantes.
- Antihistamínicos.
- Apolipoproteína E2-E4.
- Educación elevada
- Estilos de vida saludables¹⁷

¹⁷ Bermejo F, Floriach R, Muñoz D. Enfermedad de Alzheimer. Concepto y manifestaciones clínicas. Medicine 2003, p 28-36.



Sarcopenia.

La sarcopenia es la pérdida involuntaria de músculo asociada al envejecimiento. Entre los mayores de 65 años afecta a 1 de cada cuatro personas, pero en los mayores de 80 años puede afectar a la mitad de ellos.

La sarcopenia contribuye en gran medida a la discapacidad física, ya que puede disminuir la fuerza y la funcionalidad, es decir, la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana.

Esto, a su vez, puede repercutir en mayor riesgo de caídas, fracturas y peor calidad de vida.

Entre sus causas se incluyen factores del propio músculo y cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. Diversas hormonas y sustancias inflamatorias afectan la función y masa muscular. Por ejemplo, la reducción de testosterona y estrógenos que acompaña a la vejez acelera la pérdida de masa muscular.

Además, al disminuir la masa muscular, se incrementa la grasa del cuerpo y, como consecuencia de estos cambios, también aumenta la resistencia a la insulina, lo que podría ponernos en mayor riesgo de desarrollar diabetes en la vejez. Si a todo esto sumamos una nutrición inadecuada y escasa actividad física, la situación se complica.

Diagnóstico.

La sarcopenia puede ser primaria o secundaria. La primaria es la que está relacionada exclusivamente con la edad. La secundaria es la que tiene otras causas, como enfermedades o inmovilidad de la persona.

Para diagnosticar sarcopenia debe evaluarse la cantidad de músculo y su funcionalidad (fuerza). En la consulta, su médico puede pesarlo, medirlo e incluso tomar otras medidas como la circunferencia de su pantorrilla o cintura (antropometría) y también medir su fuerza a través de un dinamómetro (un equipo muy sencillo con el que se mide la fuerza de prensión o agarre).¹⁸

¹⁸ Dra. Sara G. Aguilar Navarro, Departamento de Geriátrica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran" p110-111.



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – Universidad Nacional Autónoma de México.

Datos de identificación:

Nombre: E.E.S.G.

Edad: 93.

Sexo: Masculino

Ocupación: Empresario.

Religión: Católico

Domicilio: Pedragal de san anquel Av. Las fuentes

Signos vitales:

Respiración: 27 Frecuencia

Cardíaca: 80 Simétrica: si Asimétrica: no

Temperatura: 35 ° Tensión arterial: 100/60 mmHg

Somatometría: Peso: 85 Kgr Talla: 190 cm IMC: 23.5

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. Oxigenación

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? Si ¿Cuál? Dificultad respiratoria.

¿Cuál es su opinión en relación al acto de fumar? Le agradaba ¿Usted fuma? Actualmente no, antes si ¿Desde hace cuánto tiempo? Por un poco más de 40 años fume ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma usted durante el día? Más de 30 cigarrillos diarios ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? Lo relajaba ¿Considera usted que el lugar donde vive puede afectar su oxigenación? No ¿En qué forma? -----. ¿Qué medidas toma para prevenir los daños de su oxigenación? Me abrigo muy bien, y me realizo chequeos con frecuencia, no me expongo a los cambios bruscos de temperatura. ¿Fármacos específicos? no.



Exploración Física pulmonar

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Tórax cifosis, simétrico se aprecia el ángulo de Louis, no hay daño tisular ni heridas de ningún tipo a la palpación costillas completas esternón normal, vertebras torácicas ligeramente inclinadas hacia adelante, a la auscultación se escuchan tres ruidos de importancia en lóbulos inferiores un ruido parecido a un gorgoteo a la espiración, en el lóbulo medio un sibilancia a la inspiración, en los lóbulos superiores se aprecia un ruido de entrada y salida de aire a la inspiración y a la espiración, los movimientos de ampliación y amplexación son simétricos, no dolorosos.

MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	SUSPENDIDOS
MEMANTINA	tab 20 mgrs	1 tab	v.o.	cada 24 hrs	
FLUOXETINA	tab 20 mgrs	1/2 tab	v.o.	cada 24 hrs	
CLONAZEPAN	gts 2.5 mgrs	1 gta	v.o.	cada 24 hrs	
AMITRIPTILINA	tab 25 mgrs	1/4 tab	v.o.	cada 24 hrs	supendido

Exploración Física cardiopulmonar

En la nariz se aprecian bazos muy marcados, cuello cilíndrico no se aprecian adenomegalias, cianosis distal principalmente en miembros torácicos, en miembros pélvicos se observan varicofajia, a la palpación se encuentran todos pulsos más utilizados con variaciones en algunos de ellos como son carotideo, axilar, braquial, radial, femoral, popitledo, pedio, tibia posterior derecho. Al auscultación de los ruidos cardiacos

MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	SUSPENDIDOS
DIGOXINA	tab 0.25 mgrs	1 tab	v.o.	cada 24 hrs	
MONONITRATO DE ISOSORBIDA	tab 50 mgrs	1 tab	v.o.	cada 24 hrs	
RAMIPRIL	tab 2.5 mgrs	1/2 tab	v.o.	cada 24 hrs	
ETILEFRINA	gts 7.5 mgrs	30 gtas	v.o.	solo en hipotensión	



2. Nutrición e hidratación

¿Qué alimentos consume regularmente? Huevo, leche, mango, papaya, carne, verduras. ¿Cuántas veces se alimenta al día? Desayuno, comida, 2 papillas de fruta y 1tza de café con leche. ¿Qué alimentos prefiere? Huevo, mango y papaya
 ¿Qué alimentos le desagradan? Los que son muy dulces. ¿Tiene problemas para masticar o deglutir? Sí. ¿Cuáles? Problemas para masticar por no tener la mayoría de las piezas dentales (presencia de anodoncia total). ¿Ha demostrado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? Sí.
 ¿Cuáles? Distensión abdominal y cólicos.
 ¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? No. ¿Cuáles? -----.
 ¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? De ninguna forma. ¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No.
 ¿De qué manera? -----. ¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? Sí.
 ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? El necesario.
 ¿Utiliza sustancias para reducir su apetito? No. ¿Cuáles? -----.
 ¿Fármacos específicos? -----.

Exploración Física gastrointestinal

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Peso 85 Kg Talla 190cm IMC: 23.5

Abdomen globoso, simétrico no hay lesiones en piel ombligo ubicado en mesogastrio limpio, a la palpación se siente duro y con dolor generalizado, la vejiga se palpa agrandada no permite seguir con la palpación, se auscultan ruidos peristálticos se notan disminuidos (2 a 3 ruidos por minuto) a la percusión se aprecia un sonido timpánico tubo intestinal o se aprecian soplos, realiza dos comidas fuertes y tres colaciones, hígado encuentra aparentemente normal en dimensiones.

MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	SUSPENDIDOS
CLORURO DE POTASIO	tab 500 mgrs	1 tab	v.o.	cada 24 hrs	

3. Eliminación



¿Cuántas veces evacua al día? 1 vez o ninguna. ¿Qué características tienen sus heces? Son color casi negro, con olor muy penetrante. ¿Cuántas veces micción al día? Usa sonda de Foley. ¿Qué características tiene su orina? Varea por lo regular amarillo claro, alguna veces rojiza u otras veces muy concentrada y de olor muy fuerte. ¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? Sí. ¿Cuáles? Senósidos A-B (tab 17.2 mg) y metamucil en polvo. ¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? Si. ¿Cuál? Si estreñimiento, diarrea y sufro de próstata agrandara. ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación intestinal y urinaria? De ninguna forma. ¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? De ninguna manera. ¿Fármacos? Sí.

Exploración Física en la eliminación

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Nota: Para valorar las necesidades de nutrición e hidratación y de eliminación, la exploración se hará en un solo momento.

Presenta datos de estreñimiento y diarrea recurrente provocados por una mala digestión falta de fibra y líquidos en su alimentación, las heces son formadas, blandas de color café oscuro, olor fétido, las micciones son claras de olor intenso con un volumen promedio de 1500 a 2000 ml, en ocasiones con presencia de tejido hemático por cambio de sonda, presencia de tenesmo vesical, baja ingesta de suero.

MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	SUSPENDIDOS
CIPROFLOXACINO	cap 500 mgrs	1 cap	v.o.	cada 12 hrs	
NITROFURANTOINA	cap100 mgrs	1 cap	v.o.	cada 12 hrs	
TAMSULOSINA	cap 0.4 mgrs	1 cap	v.o.	cada 24 hrs	
DUTASTERIDA	cap 0.5 mgrs	1 cap	v.o.	cada 24 hrs	
METAMUSIL	polvo 10 grs	1 sobre	v. o.	solo en estreñimiento	suspendido
SENÓSIDOS A-B	tab 17.2 mgrs	2 tab	v. o.	solo en estreñimiento	suspendido



4. Movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana? Es nula la mayor parte del tiempo se encuentra sentado si puedo caminar pero me canso con facilidad porque prefiero que se me movilizce por medio de silla de ruedas en trayectos largos. ¿Realiza ejercicio? No. ¿Qué tipo de ejercicio? Ninguno.

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? es mala por la edad.

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? De ninguna forma. ¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? Sí. ¿Cuál? Dificultad para la marcha por debilidad de miembros pélvicos, masa muscular disminuida

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? Sí. ¿De qué tipo? Silla de ruedas y andadera.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudian o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? influye mucho ya que el sr. Se deprime por la soledad que vive. ¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? En mucho ya que se siente solo y no le dan ganas de hacer nada solo sentado

viendo la televisión.

Exploración Física gastrointestinal (Inspección, palpación,)

Abdomen prominente, simétrico, no hay presencia de cicatrices en piel ni lesiones ala palpación no se detecta la presencia de ninguna megalia, para la marcha tiene dificultad para moverse, sus pasos son cortos no tienen seguridad, tiende a tambalearse requiere de ayuda para moverse de una silla de ruedas en cual pasa la mayor parte del tiempo, durante la marcha tiende a encorvarse, con los aparatos auditivos le apoya muy bien para la comunicación con las demás personas, se le realizaron una valoración con la escala de Escala de Tinetti (Marcha y Equilibrio) donde se obtuvo una calificación de 10 puntos (véase anexo 2).

5. Descanso y sueño

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 18 horas. ¿Cuántas horas duerme? 11 horas. ¿Se duerme fácilmente? Sí. ¿Cree tener alteraciones del sueño? No.

¿A que considera que se deban estas alteraciones? ----- ¿Ronca ruidosamente? no sabe ¿Cree que el roncar es un problema de salud? ----- ¿Qué ha hecho para solucionarlo? -----

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? en que le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño. ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? -----



¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? _____.

Exploración Física

(Inspección, facies, expresión corporal, escala de dolor)

La mayor parte del tiempo se muestra somnoliento con tranquilidad, se le realiza valoración con la escala de epworth donde se obtuvo un puntaje de 11 puntos (véase anexo3), otra escala que se utilizo es la escala de ansiedad de Golberg con dos resultados el primero de ansiedad con un resultado de 6 puntos y el otro resultado de depresión de 7 puntos (véase anexo 4). Tiene buena expresión corporal tanto al ahora de combinar con lenguaje, como para señalar cosas, en la cuestión de la sensibilidad se encuentra aumentado tanto en dolor como en cambios de temperatura.

6. Prendas de vestir adecuadas

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? Si ¿En qué medida? total.

¿Elige su vestuario en forma independiente? Si. ¿Por qué? ¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? _____.

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? _____.

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? _____.

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? _____
_____.

Exploración Física
(Inspección)

El señor requiere de ayuda para vestirse porque tiene debilidad y problemas para mantener la posición de bipedestal, dificultad a la coordinación, pero el elije su vestimenta.

7. Termorregulación

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? No sabe

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive? temperatura ambiente. ¿Cómo se adopta a los cambios de temperatura diurna y nocturna?

bien si hace frio me tapo. ¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Ropa adecuada al clima. ¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? Sí. ¿Cuál? Le falla la termorregulación tiene descensos de temperatura.



Exploración Física
(Inspección, Palpación) Temperatura corporal

Se mantiene siempre muy bien abrigado por lo regular siempre tiene frías las manos aun usando guantes, a la palpación se siente con una buena temperatura que oscila entre 36° y 36.5° con ayuda de un termómetro de mercurio.

8. Higiene y protección de piel

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? Una o dos veces por semana me baño y me lavo la boca dos veces por día. ¿A qué hora del día prefiere bañarse? Por la mañana. ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? Ya no tiene diente pero me lavo la boca dos veces por día. ¿Cómo se lava los dientes o la boca? Con un cepillo dental de cerdas suaves y un antiséptico bucal. ¿En qué casos se lava las manos? Después de ir al baño y antes de comer. ¿Con que frecuencia se realiza corte de uñas? Cada 15 días. ¿Qué aspectos de la higiene considera más importante? El baño, el cambio de ropa, lavado de manos. ¿Qué significa para usted la higiene? Cuidar mi salud por medio de mantener limpia mi persona.

Exploración Física
(Inspección, Palpación)

Se le realiza baño cada tercer día, se encuentran pequeñas lesiones en cuero cabelludo (petequias y equimosis), genitales, sacro e ingle con presencia de eritema, una U.P.P. en la región del sacro de grado 1 se aplica la escala de valoración de Norton donde se obtuvo una puntuación de 14 puntos (véase anexo 5), tiene mucha resequedad en miembros pélvicos a tal grado que inicia con descamación de la piel, en los pies se encuentran dos callosidades.

MEDICAMENTO.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	SUSPENDIDOS
QUADRIDERM	crema 40 mgrs	suficiente	v. tópica.	cada 24 hrs	
MUSTELA	crema 20 mgrs	suficiente	v. tópica.	cada 24 hrs	



9.-Evitar peligros

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Sí. ¿Qué vacunas no se la han aplicado? No sabe. ¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? -----. ¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? Se mantiene bajo supervisión del personal. ¿Tiene vida sexual activa? No. ¿Qué preferencia sexual tiene? Heterosexual. ¿Utiliza algún método de protección? ----. ¿Cuál? -----. ¿Ha padecido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual? No. ¿Cuál? -----.

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí. ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? Desde de que tenía 18 años y diario. ¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Le agrada ya que es buena para la digestión. ¿Consume usted droga? No. ¿De qué tipo? -----. ¿Desde cuándo y con qué frecuencia consume usted drogas? -----. ¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? Le desagrada.

Exploración Física

(Inspección, Ver su entorno)

En los lugares donde acostumbra estar el señor hay agarraderas en los sanitarios barandales en las escaleras cama ortopédica sin barandillas, piso alfombrado, silla para baño, andadera de aluminio, medicamentos (horario, vía, dosis.).

9. Comunicación

¿Con quién vive? Con su esposa y el personal de servicio. ¿Cómo se relaciona con sus familiares amigos? Bien. ¿Pertenece a un grupo social? No. ¿A qué grupo social pertenece? -----.

¿Durante cuánto tiempo esta solo? Siempre hay un enfermero con el todo el tiempo. ¿Tiene pareja? Sí. ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? Es buena hay cariño y comprensión, pero no hay relación sexual como tal por presencia de sonda Foley. ¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? Sí. ¿Cuál? Dificultad para hablar.

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? Sí. ¿De qué tipo? Auditivo. ¿Considera usted que existen factores en su hogar, que le limiten la comunicación con los demás? No. ¿Cuáles? -----.

Exploración Física

(Inspección, Ver su entorno)



No se encontraron dificultades de comunicación con sus familiares, más que la negativa que el señor tiene en algunos casos con ellos

10. Creencias y valores

¿Tiene alguna creencia religiosa? Sí. ¿Cuál? Católica. ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? -----. ¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Hace mucho tiempo que no voy. ¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? Sí ¿De qué tipo? Para movilizarme por el dolor de las articulaciones ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No. ¿Por qué? -----. ¿Qué significa para usted el valor? -----. ¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? -----. ¿Por qué? ----- ¿Qué significa para usted la vida y la muerte? El inicio y el fin de la vida.

11. Trabajo y realización

¿Cuál es su rol familiar? -----.
¿Está satisfecho con el rol que desempeña? Sí. ¿Por qué? Porque a mi costo trabajo tener lo que tengo. ¿Qué significancia tiene para usted el participar en el ingreso familiar? Es mi obligación. ¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Sí. ¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? -----. ¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? -----. ¿Realiza alguna actividad altruista? -----. ¿De qué tipo? -----. ¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? ----- -----. ¿Por qué? -----.

Exploración Física (Inspección)

El señor tiene una buena realización laboral hasta la fecha sigue yendo a trabajar a su empresa de la cual ya no está a cargo pero se le sigue tomando en cuenta para la toma de decisiones junto con sus hijos.



12. Jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No.
¿Por qué? La mayor parte del tiempo estoy cansado. ¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? En mucho. ¿Por qué? Porque no tengo ganas de realizar alguna actividad. ¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ninguna ¿Con qué frecuencia? -----. ¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? No. ¿Por qué? Porque no se realizó ninguna.
¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? -----.

Exploración.

Se evalúa con la escala de valoración de Barthel donde se obtuvo una puntuación de 25 puntos (véase anexo 6)

13. Necesidad de aprendizaje

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? Deterioro de la memoria a corto plazo, demencia senil. ¿De qué tipo? De tipo natural la edad.
¿Qué significado tiene para usted la escuela? Es la parte más importante del crecimiento y del desarrollo de una persona. ¿A qué tipo de escuela asiste? Privada. ¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre -----.
¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? -----. ¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? -----. ¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? -----. ¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? -----.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.				
Necesidad alterada: Oxigenación		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Edema Cambios de la presión arterial Disnea. 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad. Malestar. Cansancio. 				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.				
Dominio: Salud fisiológica. Clase: Líquidos y electrolitos. Código del Dx: 00026		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
		Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s)	Puntuación diana.	
					Mantener	Aumentar
		Grave (1)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Exceso de volumen de líquidos R.C. compromiso de los mecanismos reguladores M.P. severidad de la sobre carga de líquidos.	Sustancial (2)	Edema de manos.	5	5	5
		Edema de tobillos.	1	1	3
	Moderado (3)	Edema de piernas.	4	4	5
		Aumento del diámetro abdominal.	3	3	4
	Leve (4)	Letargo.	2	2	4
		Confusión.	2	2	3
	Ninguno (5)	Aumento de presión sanguínea.	2	2	4
		Aumento del gasto urinario.	2	2	4
		Disminución del sodio serológico.	2	2	3
	Clasificación de las intervenciones (NIC)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
- ❖ Observar el grado de incomodidad o de dolor durante el ejercicio por la noche o al descansar.
- ❖ Colocar la extremidad en posición dependiente según sea conveniente.
- ❖ Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia.
- ❖ Proporcionar calor según sea conveniente.
- ❖ Mantener la hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- ❖ Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.
- ❖ Elevar la pierna afectada 20° o más por encima de del nivel del corazón según sea conveniente.
- ❖ Proteger la extremidad de lesiones.
- ❖ Animar la paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial en las extremidades inferiores, mientras este en la cama.

Evaluación: Disminuye la sobre carga de líquidos, desapareció el edema.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.				
Necesidad alterada: Oxigenación		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Arritmia • Piel fría. 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. • Somnolencia. 				
		Datos de laboratorio:				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.				
Dominio: Salud fisiológica		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
Clase: cardiopulmonar		Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s)	Puntuación diana.	
Código del Dx: 00029					Mantener	Aumentar
		Desviación grave	Presión arterial	2	2	4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Disminución del gasto cardiaco R.C. alteración de la frecuencia cardíaca M.P. arritmia, piel fría.	del rango normal. (1)	sistólica. Presión arterial diastólica.	3	3	4	
	Desviación sustancial del rango normal. (2)	Pulsos periféricos. Eliminación urinaria. Profundidad de la inspiración.	4 3 3	4 3 3	5 4 4	
	Desviación moderada del rango normal. (3)	Salida de esputo de las vía aérea.	2	2	4	
	Desviación leve del rango normal. (4)	Intolerancia a la actividad Deterioro cognitivo. Cianosis.	2 2 2	2 2 2	3 3 4	
	Desviación leve del rango normal. (5)	Edema periférico. Disnea en pequeños esfuerzos. Fatiga.	1 1 1	1 1 1	3 4 3	
	Grave (1)	Somnolencia.	1	1	4	
	Sustancial (2)					
	Moderado (3)					
	Leve (4)					
	Ninguno (5)					
	Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco.
- ❖ Observar signos vitales con frecuencia.
- ❖ Monitorizar el estado cardiovascular.
- ❖ Observar si hay disritmias cardiacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción.
- ❖ Controlar el equilibrio de líquidos.
- ❖ Reconocer las alteraciones en la presión sanguínea.
- ❖ Reconocer los efectos psicológicos del estado subyacente.
- ❖ Establecer ejercicios y periodos de descanso y para evitar la fatiga.
- ❖ Observar la tolerancia del paciente a la actividad física.
- ❖ Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- ❖ Promover la disminución del estrés.
- ❖ Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.

Evaluación: Mejora el gasto cardíaco, control de trastornos del ritmo.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Piel fría • Cianosis distal • Edema +++. • Debilidad muscular. • Rotura de la piel. • Aturdimiento. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. • Malestar. • Dolor localizado en extremidades. • Calambres musculares. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar. Código del Dx: 00204	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s)	Puntuación diana.
				Mantener Aumentar
	Desviación grave			



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Perfusión tisular periférica ineficaz R.C. hipertensión M.P. piel fría, cianosis distal y edema ++++.	del rango normal. (1)	Llenado capilar de los dedos de los pies.	2	2	4
	Desviación sustancial del rango normal. (2)	Llenado capilar de los dedos de las manos.	3	3	4
	Desviación moderada del rango normal. (3)	Fuerza del pulso carotídeo (derecho)	4	4	5
	Desviación leve del rango normal. (4)	Fuerza del pulso carotídeo (izquierdo)	4	4	5
	Desviación leve del rango normal. (4)	Fuerza del pulso braquial (derecho)	3	3	4
	Desviación leve del rango normal. (5)	Fuerza del pulso braquial (izquierdo)	3	3	4
	Grave (1)	Fuerza del pulso radial (derecho)	3	3	4
	Sustancial (2)	Fuerza del pulso femoral (derecho)	4	4	5
	Moderado (3)	Fuerza del pulso femoral (izquierdo)	4	4	5
	Leve (4)	Fuerza del pulso pedio (derecho)	4	4	5
	Ninguno (5)	Fuerza del pulso pedio (izquierdo)	4	4	5
		Presión arterial diastólica.	4	4	5
		Presión arterial sistólica.	2	2	4
		Debilidad muscular.	2	2	3
		Dolor localizado en	2	2	4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



		extremidades. Calambres musculares. Edema periférico. Rotura de la piel. Aturdimiento.	4 2 2 3	4 2 2 3	5 4 3 4
Clasificación de las intervenciones (NIC)					
Intervención independiente.					
<ul style="list-style-type: none">❖ Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).❖ Disminuir edema.					
Evaluación: Mantener tensión arterial en límites normales de acuerdo a la edad.					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Nutrición e hidratación.		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la claridad de la voz. • Atragantamiento. • Tos • Esfuerzo deglutorio aumentado. 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Inapetencia de los alimentos. • Sensación de hambre. • Sensación de ahogamiento. 		
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.		
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición. Código del Dx: 00103		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).		
		Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s) Puntuación diana. Mantener Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Deterioro de la deglución R.C. defectos de la cavidad orofaríngea M.P. odinofagia y tos.	Gravemente Comprometido (1)	Controla las secreciones orales.	2	2	4
	Sustancialmente Comprometido (2)	Capacidad de masticar.	1	1	2
	Moderadamente comprometido (3)	Capacidad de limpiar la cavidad oral.	2	2	4
	Levemente Comprometido (4)	Momento del reflejo de deglución.	4	4	5
	No comprometido (5)	Acepta la comida.	3	3	4
	Grave (1)	Cambios en la claridad de la voz.	2	2	3
	Sustancial (2)	Atragantamiento.	2	2	4
	Moderado (3)	Tos	3	3	4
	Leve (4)	Esfuerzo deglutorio aumentado.	4	4	5
	Ninguno (5)				

Clasificación de las intervenciones (NIC)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Controlar la capacidad del paciente para deglutir.
- ❖ Controlar el estado de hidratación del paciente.

Evaluación: Mejorar la ingesta de líquidos y nutrientes, disminuir los eventos de tos durante la comida y favorecer el vaciamiento correcto de la cavidad orofaríngea



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Nutrición e hidratación.	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.		
<p style="text-align: center;">Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la claridad de la voz. • Atragantamiento. • Tos • Esfuerzo deglutorio aumentado. • Babeo. • Caída de la comida de la boca. 	<p style="text-align: center;">Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inapetencia de los alimentos. • Sensación de hambre. • Sensación de ahogamiento. • Enojo. • Ansiedad. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud funcional (II) Clase: Autocuidado. Código del Dx: 00102	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s)	Puntuación diana.
				Mantener Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



<p>Diagnostico Enfermero:</p> <p>Deterioro de la deglución R.C. trastornos respiratorios y defectos de cavidad orofaríngea M.P. falta de masticación, atragantamiento antes de la deglución, babeo, caída de la comida de la boca, deglución por etapas, tos, rechazo de los alimentos y voz gorgoreante.</p>	<p>Gravemente Comprometido (1)</p> <p>Sustancialmente Comprometido (2)</p> <p>Moderadamente Comprometido (3)</p> <p>Levemente Comprometido (4)</p> <p>No comprometido (5)</p>	<p>Bebe de una taza o vaso</p> <p>Coloca la comida en la boca.</p> <p>Manipula la comida en la boca.</p> <p>Traga líquidos.</p> <p>Finaliza la comida.</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p>
<p>Clasificación de las intervenciones (NIC)</p>					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- Controlar la capacidad del paciente para deglutir.
- Asegurar la posición adecuada del paciente para favorecer la masticación y la deglución.
- Controlar el estado de hidratación del paciente.

Evaluación:

Mejorar la postura adecuada durante la ingesta de alimentos, evitar el acumulo del bolo alimenticio en cavidad oral y favorecer la presentación de alimentos para su ingesta.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.							
Necesidad alterada: Eliminación.	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.							
<p align="center">Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de hematuria. • Presencia de partículas en la orina. • Retención de líquidos. • Edema +++. 	<p align="center">Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenesmo. • Incomodidad. • Ansiedad. 								
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.								
Dominio: Salud Fisiológica (II)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).								
Clase: Eliminación.	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.					
Código del Dx: 00016	Gravemente			<table border="1"> <tr> <td align="center">Mantener</td> <td align="center">Aumentar</td> </tr> <tr> <td align="center"> </td> <td align="center"> </td> </tr> </table>		Mantener	Aumentar		
Mantener	Aumentar								



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Deterioro de la eliminación urinaria R.C. obstrucción anatómica M.P. retención.	Comprometido (1)	Patrón de eliminación.	3	3	4
	Sustancialmente Comprometido (2)	Olor de la orina.	2	2	5
	Moderadamente Comprometido (3)	Cantidad de orina.	4	4	5
	Levemente Comprometido (4)	Color de orina.	3	3	4
	No comprometido (5)	Ingesta de líquidos.	3	3	4
	Grave (1)	Vacía vejiga completamente	2	2	3
	Sustancial (2)	Reconoce la urgencia.	1	1	4
	Moderado (3)	Partículas visibles en la orina.	2	2	4
	Leve (4)	Sangre visible en la orina.	1	1	3
	Ninguno (5)	Retención urinaria.	3	3	5
		Incontinencia funcional.	1	1	4
	Clasificación de las intervenciones (NIC)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria.
- Obtener una muestra a la mitad de la eliminación para análisis.
- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Enseñar al paciente a tomar por lo menos un cuarto de litro de agua con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
- Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de aseo.

Evaluación:Mejorar el patrón de eliminación.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.	
Necesidad alterada: Eliminación.		Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Urgencia para defecar.• Sonidos intestinales hiperactivos• Periodos de diarrea.		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none">• Dolor abdominal.• Sensación de inflamación.• Meteorismo.	
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



Dominio: Salud Fisiológica. Clase: Eliminación. Código del Dx: 00013	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.	
				Mantener	Aumentar
Diagnostico Enfermero: Diarrea R.C. malabsorción M.P. urgencia para defecar y sonidos intestinales hiperactivos.	Nunca demostrado (1)	Identifica la urgencia para defecar.	2	2	3
	Raramente demostrado. (2)	Mantiene el control de la eliminación de las heces.	3	3	4
	A veces demostrado (3)	Responde a la urgencia de manera oportuna.	3	3	5
	Frecuentemente demostrado. (4)	Llega al baño de manera independiente y oportuna para defecar.	2	2	3
	Siempre demostrado. (5)	Ingiere una cantidad de líquidos adecuada.	3	3	5
	Siempre demostrado. (1)	Ingiere una cantidad de fibra.	2	2	4
	Frecuentemente demostrado. (2)				
	A veces demostrado				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



	(3)	Controla la cantidad y consistencia de heces.	2	2	4
	Raramente demostrado. (4)				
	Nunca demostrado (5)	Va al aseo de manera independiente.	4	4	5
		Diarrea.	2	2	4
		Estreñimiento.	2	2	4
		Uso excesivo de laxantes.	3	3	4
		Uso excesivo de enemas.	4	4	5
		Moja la ropa interior durante el día.	4	4	5
		Moja la ropa de cama durante la noche.	4	4	5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Clasificación de las intervenciones (NIC)

Intervención independiente.

- Determinar la historia de la diarrea.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar al paciente el uso correcto de antidiarreicos.
- Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional.
- Enseñara al paciente a eliminar los alimentos que formen grasas o picantes de la dieta.
- Sugerir la eliminación de los alimentos con lactosa.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea.
- Instruir sobre dietas pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico.
- Enseñar a evitar los laxantes.

Evaluación: Disminuir los eventos diarreicos, aumentar la ingesta de líquidos, educar a los familiares sobre los cambios en la dieta diaria y evitar el abuso de antidiarreicos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.							
Necesidad alterada: Eliminación.	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.							
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia prostática. • Actividad física inadecuada. • Distensión abdominal. • Resistencia abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malestar abdominal. • Dolor. • Irritabilidad. 								
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.								
Dominio: Salud Fisiológica.	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).								
Clase: Eliminación.	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.					
Código del Dx: 00011	Nunca demostrado			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Mantener</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Aumentar</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Mantener	Aumentar		
Mantener	Aumentar								



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero:					
Estreñimiento R.C. agrandamiento prostático, actividad física insuficiente M.P. sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable y distensión abdominal.	(1)	Identifica la urgencia para defecar.	2	2	3
	Raramente demostrado. (2)	Mantiene el control de la eliminación de las heces.	3	3	4
	A veces demostrado (3)	Responde a la urgencia de manera oportuna.	3	3	5
	Frecuentemente demostrado. (4)	Llega al baño de manera independiente y oportuna para defecar.	2	2	3
	Siempre demostrado. (5)	Ingiere una cantidad de líquidos adecuada.	3	3	5
	Siempre demostrado. (1)	Ingiere una cantidad de fibra.	2	2	4
	Frecuentemente demostrado. (2)	Controla la cantidad y consistencia de heces.	3	3	4
	A veces demostrado (3)	Va al aseo de manera independiente	2	2	5
	Raramente demostrado. (4)				
	Nunca demostrado (5)	Diarrea.	2	2	4
	Estreñimiento.	3	3	4	
	Uso excesivo de laxantes.	2	2	4	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



		Uso excesivo de enemas.	4	4	5
		Moja la ropa interior durante el día.	3	3	5
		Moja la ropa de cama durante la noche.	4	4	5
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- Vigilar la aparición de signo y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Establecer una pauta de aseo.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
- Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.
- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

Evaluación: Disminuir la presencia de eventos de estreñimiento, aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra y la ingesta de líquidos y evitar el uso excesivo de laxantes y enemas.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Eliminación.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.	
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Manchas fecales en la ropa interior. • Urgencia para a defecación. • Pérdida del control de esfínteres. • Ruidos peristálticos aumentados. • 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Angustia. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación. Código del Dx: 00014	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana. Mantener Aumentar
				<input type="text"/> <input type="text"/>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Incontinencia fecal R.C. pérdida del control de esfínteres M.P. manchas fecales en la ropa e incapacidad para retrasar la defecación.	Gravemente Comprometido (1)	Patrón de eliminación.	2	2	4
	Sustancialmente Comprometido (2)	Control de movimientos intestinales.	1	1	4
	Moderadamente Comprometido (3)	Color de las heces. Heces blandas y formadas.	3	3	5
	Levemente Comprometido (4)	Cantidad en relación a su dieta.	3	3	5
	No comprometido (5)	Facilidad de eliminación.	2	2	4
		Ruidos abdominales.	2	2	4
	Grave (1)	Sangre en heces.	4	4	4
	Sustancial (2)	Moco en heces.	3	3	4
	Moderado (3)	Estreñimiento.	2	2	4
	Leve (4)	Diarrea.	2	2	3
	Ninguno (5)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Clasificación de las intervenciones (NIC)

Intervención independiente.

- ❖ Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- ❖ Determinar el inicio y el tipo de la incontinencia, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado con la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.
- ❖ Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.
- ❖ Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de defecación.
- ❖ Lavar la zona perianal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición.
- ❖ Utilizar cremas y polvos en la zona perianal con precaución.
- ❖ Mantener la ropa de la cama limpia.
- ❖ Controlar la dieta y la necesidad de líquidos.
- ❖ Vigilar por si produjera una deposición adecuada.
- ❖ Evitar alimentos que causen diarrea.
- ❖ Proporcionar pañales para incontinencia.

Evaluación: Disminuir las evacuaciones fuera de inodoro y por lo tanto mejorar la comunicación para que esta forma se dé un aviso oportuno para la necesidad de defecar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.			
Necesidad alterada: Movilidad y Postura.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del equilibrio. • Poca resistencia • Dificultad para la marcha. • Movimientos lentos. • Puntuación baja en escala de Tinetti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Estrés • Desinterés por moverse. 				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.				
Dominio: Salud funcional.	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
Clase: Movilidad.	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.	
Código del Dx: 00088				Mantener	Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Deterioro de la deambulación rampa R.C. deterioro del equilibrio y resistencia limitada M.P. puntuación baja en la escala de Tinetti en la sección de marcha, deterioro de la habilidad para subir y bajar una escalera.	Gravemente Comprometido (1)	Camina a paso lento. Sube escaleras.	3 3	3 3	4 4	
	Sustancialmente Comprometido (2)	Baja escaleras. Baja cuestas.	3 3	3 3	4 4	
	Moderadamente Comprometido (3)	Camina menos de 1 manzana. Anda por la habitación.	2 2	2 2	3 3	
	Levemente Comprometido (4)	Anda por la casa. Se adapta a varias superficies.	2 1	2 1	4 3	
	No comprometido (5)	Camina alrededor de obstáculos.	2	2	4	
	Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Disminuir en encorvamiento óseo.
- ❖ Corregir la forma de deambulación.
- ❖ Aumentar el deseo de deambular.
- ❖ Favorecer la deambulación.
- ❖ Identificar déficit cognoscitivo o físicos del paciente que puede aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- ❖ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- ❖ Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- ❖ Pedir al paciente su percepción de equilibrio
- ❖ Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
- ❖ Sugerir cambios en el paso del paciente.
- ❖ Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- ❖ Ayudar a la deambulación de la persona inestable.
- ❖ Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- ❖ Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- ❖ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- ❖ Utilizar técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- ❖ Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- ❖ Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- ❖ Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- ❖ Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- ❖ Disponer de una superficie antideslizante en la ducha.
- ❖ Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- ❖ Sugerir calzado seguro



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Evaluación: Evitar en su mayor posibilidad la disminución del equilibrio, aumentar la habilidad para la marcha, disminuir la fatiga y facilitar el movimiento de deambulaci3n.

Tipo de Evaluaci3n: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Movilidad y Postura.		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la marcha. • Perdida del equilibrio. • Agitaci3n. • Tropiezos • Cambios en la postura. • Puntuaci3n baja en escala de Tinetti. 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Enojo • Estr3s • Desinter3s. 		
Relaci3n Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.		
Dominio: Salud Funcional		Clasificaci3n de los resultados de Enfermería (NOC).		
Clase: Movilidad.				
C3digo del Dx: 00085		Escala de Medici3n.	Indicador (es).	Resultado (s). Puntuaci3n diana. Mantener Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



<p>Diagnostico Enfermero: Deterioro de movilidad física R.C. deterioro del estado físico M.P. cambios en la marcha, inestabilidad postural y puntuación baja en la escala de Tinetti.</p>	<p>Gravemente Comprometido (1) Sustancialmente Comprometido (2) Moderadamente Comprometido (3) Levemente Comprometido (4) No comprometido (5) Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)</p>	<p>Equilibrio en bipedestación. Equilibrio en sedestación. Equilibrio al caminar. Equilibrio en un solo pie. Equilibrio mientras cambia el equilibrio de un pie a otro. Postura. Tambaleo. Mareo. Agitación. Tropiezo.</p>	<p>3 2 4 2 3 3 2 5 1 2</p>	<p>3 2 4 2 3 3 2 5 1 2</p>	<p>4 4 5 4 4 4 5 3 3</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Clasificación de las intervenciones (NIC)

Intervención independiente.

- ❖ Identificar déficit cognoscitivo o físicos del paciente que puede aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- ❖ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- ❖ Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- ❖ Pedir al paciente su percepción de equilibrio
- ❖ Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
- ❖ Sugerir cambios en el paso del paciente.
- ❖ Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- ❖ Ayudar a la deambulación de la persona inestable.
- ❖ Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- ❖ Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- ❖ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- ❖ Utilizar técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- ❖ Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- ❖ Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- ❖ Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- ❖ Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- ❖ Disponer de una superficie antideslizante en la ducha.
- ❖ Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- ❖ Sugerir calzado seguro.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Evaluación: Disminuir el encorvamiento óseo, ayudar a corregir la forma de deambulación, aumentar el deseo de deambular y favorecer la misma.

Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Movilidad y Postura.		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para la marcha. • Tambaleos • Desorientación. • 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. • Desinterés. • Monotonía. • Aburrimiento. 		
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.		
Dominio: Salud Funcional Clase: Movilidad. Código del Dx: 00068		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).		
		Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).
				Puntuación diana.
				Mantener Aumentar
		Gravemente		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Sedentarismo R.C. falta de interés M.P. una rutina diaria con falta de ejercicio físico.	Comprometido (1)	U.P.P.	2	2	5
	Sustancialmente Comprometido (2)	Estreñimiento.	2	2	4
	Moderadamente Comprometido (3)	Retención urinaria.	4	4	5
	Levemente Comprometido (4)	Congestión pulmonar.	3	3	4
	No comprometido (5)	Fuerza muscular.	2	2	4
		Estado nutricional.	3	3	5
		Inefectividad de la tos.	3	3	5
		Tono muscular.	2	2	4
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente.
- ❖ Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisa).
- ❖ Determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo.
- ❖ Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente.
- ❖ Discutir las ventajas de la risa con el paciente.
- ❖ Señalar la incongruencia de una situación, con humor.
- ❖ Mostrar una actitud apreciativa sobre el humor.
- ❖ Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente.
- ❖ Enseñar al paciente a que interactúe con sus familiares.

Evaluación: Aumentar el deseo de caminar, disminuir la falta de desinterés por el ejercicio y aumentar el conocimiento de las consecuencias del sedentarismo.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.														
Necesidad alterada: Descanso.		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.												
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de somnolencia. • Siestas prolongadas. • Insomnio. • Puntuación baja en la escala de Epworth. 		Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Estrés. • Mal humor. • Ansiedad. • Intolerancia. • Cansancio. 														
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.														
Dominio: Salud Funcional. Clase: Mantenimiento de la energía. Código del Dx: 00095		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC). <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Escala de Medición.</th> <th rowspan="2">Indicador (es).</th> <th rowspan="2">Resultado (s).</th> <th colspan="2">Puntuación diana.</th> </tr> <tr> <th>Mantener</th> <th>Aumentar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gravemente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.		Mantener	Aumentar	Gravemente				
Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.													
			Mantener	Aumentar												
Gravemente																



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Insomnio R.C. siestas frecuentes durante el día M.P. puntuación baja en la escala de epworth, el paciente informa de despertarse demasiado temprano.	Comprometido (1)	Tiempo del descanso.	3	3	5
	Sustancialmente comprometido (2)	Patrón del descanso.	4	4	5
	Moderadamente comprometido (3)	Calidad del descanso.	3	3	4
	Levemente comprometido (4)	Descanso físicamente.	2	2	4
	No comprometido (5)	Descanso mentalmente.	3	3	4
		Descanso emocional.	3	3	4
		Energía recuperada después del descanso.	2	2	5

Clasificación de las intervenciones (NIC)

5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Determinar el esquema de sueño/vigilar al paciente.
- ❖ Incluir el ciclo regular de sueño/vigilar al paciente en la planificación de cuidados.
- ❖ Determinar los efectos que tienen la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- ❖ Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
- ❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- ❖ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a dormir.
- ❖ Fomentar el aumento de horas de sueño.
- ❖ Disponer siestas durante el día para cumplir con la necesidad de sueño.
- ❖ Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
- ❖ Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- ❖ Comentar con el paciente y la familia técnicas favorecedoras del sueño.

Evaluación: Disminuir las siestas prolongadas, aumentar el consumo de energía durante el día, aumentar los eventos de higiene (baños) y mantener un nivel óptimo de tranquilidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.													
Necesidad alterada: Descanso y sueño	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.													
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Somnolencia. Enojo. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> Apatía. Depresión. Desinterés. Estrés. 														
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.														
Dominio: Salud Funcional. Clase: Movilidad Código del Dx: 00093	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC). <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Escala de Medición.</th> <th rowspan="2">Indicador (es).</th> <th rowspan="2">Resultado (s).</th> <th colspan="2">Puntuación diana.</th> </tr> <tr> <th>Mantener</th> <th>Aumentar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grave (1)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.		Mantener	Aumentar	Grave (1)				
Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.												
			Mantener	Aumentar											
Grave (1)															



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Fatiga R.C. estilo de vida aburrido M.P. somnolencia.	Sustancial (2)	Distorsiones de la percepción.	3	3	4
	Moderado (3)	Emociones exageradas.	2	2	3
	Leve (4)	Trastornos del sueño.	2	2	4
	Ninguno (5)	Imagen corporal negativa.	4	4	5
		Depresión.	2	2	4
		Apatía.	2	2	4
	Gravemente				
	Comprometido (1)	Alerta disminuida.	2	2	4
		Estado cognitivo.	3	3	4
	Sustancialmente	Atención disminuida.	3	3	4
		Autoestima.	3	3	4
	Comprometido (2)	Capacidad para actuar.	2	2	3
	Moderadamente				
Comprometido (3)					
Levemente					
Comprometido (4)					
No comprometido (5)					
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor.
- ❖ Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos.
- ❖ Considerar técnicas de distracción tales como juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas para su aplicación.
- ❖ Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según la edad, nivel de desarrollo y uso eficaz en el pasado.
- ❖ Aconsejar al paciente a que practique la técnica de distracción antes del momento necesario.
- ❖ Fomentar la participación de un familiar y los seres queridos y enseñarles.
- ❖ Evaluar y registrar la respuesta del paciente.

Evaluación: Cambiar la rutina diaria eventualmente, aumentar el dialogo, recuperar viejos pasatiempos y aumentar el interés por naturaleza.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.				
Necesidad alterada: Vestir.		Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos:		Datos subjetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> • No hay coordinación. • Sarcopenia. • Desequilibrio. 		<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés. • Indiferencia. 				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.		Plan De Cuidados.				
Dominio: Salud Funcional.		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
Clase: Autocuidado.						
Código del Dx: 00109		Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).		
				Puntuación diana.		
				Mantener Aumentar		
				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero. Déficit de autocuidado: vestido R.C. deterioro cognitivo M.P. deterioro de la capacidad para obtener, poner, quitar las prendas de vestir.	Gravemente	Escoge la ropa.	5	5	5
	Comprometido	Coge la ropa.	3	3	4
	(1)	Se pone la ropa en la parte superior.	2	2	3
	Sustancialmente	Se pone la ropa en la parte inferior.	1	1	2
	Comprometido	Se pone los calcetines.	1	1	2
	(2)	Se pone los zapatos.	1	1	2
	Moderadamente	Se abrocha los zapatos.	1	1	2
	Comprometido	Se quita la ropa.	1	1	2
	(3)				
	Levemente				
Comprometido					
(4)					
No comprometido					
(5)					
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ❖ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ❖ Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- ❖ Proporcionar prendas personales.
- ❖ Estar disponible para ayudar a vestir.
- ❖ Facilitar que el paciente se afeite.
- ❖ Mantener la intimidad del paciente mientras se viste.
- ❖ Ayudar con los cordones, botones y cremallera.
- ❖ Ofrecerse a lavar la ropa.
- ❖ Colocar la ropa sucia en la colada.
- ❖ Ofrecerse a colar la ropa y a ponerla en el armario.
- ❖ Reafirmar los esfuerzos por vestirse el mismo.
- ❖ Facilitar la ayuda de un barbero o estilista.

Evaluación: Motivar a que se vista con la menor ayuda posible y alentarle a tomar decisiones sobre su vestimenta.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.			
Necesidad alterada: Termorregulación.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.		
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia. • Escalofríos. • Poca ingesta de líquidos. • Piel azulada. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de frío. 				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.				
Dominio: Conocimiento y conducta de salud.	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
Clase: Control del riesgo: hipotermia Código del Dx: 00008	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana. Mantener Aumentar	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Termorregulación ineficaz R.C. envejecimiento M.P. frialdad en piel, cianosis en lechos ungueales, piel enrojecida, hipertensión, palidez moderada.	Gravemente Comprometido (1)	Identifica signos y síntomas de hipotermia.	3	3	4
	Sustancialmente Comprometido (2)	Reconoce condiciones que disminuyen la producción de calor.	2	2	4
	Moderadamente Comprometido (3)	Reconoce factores ambientales que disminuyen la temperatura.	4	4	5
	Levemente Comprometido (4)	Lleva ropa adecuada.	5	5	5
	No comprometido (5)	Modifica la ingesta de líquidos si procede.	3	3	4
			Mantiene intactos los tegumentos cutáneos.	3	3
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Controlar los signos vitales.
- ❖ Controlar el color y la temperatura.
- ❖ Controlar escalofríos.
- ❖ Controlar el desequilibrio electrolítico.
- ❖ Controlar la ingesta y la eliminación.
- ❖ Promover la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.

Evaluación: Se mantiene eutermico.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Higiene y protección de la piel.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.	
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Sarcopenia. Deterioro cognitivo. Dificultad para la marcha. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> Desinterés. Impotencia. Apatía. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud funcional. Clase: Autocuidado. Código del Dx: 00108	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana. Mantener Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Déficit de autocuidado: baño R.C. incapacidad para acceder al cuarto de baño, secarse el cuerpo, lavarse el cuerpo M.P. deterioro cognitivo, musculo esquelético, neurológico y debilidad.	Gravemente Comprometido (1)	Entra y sale del cuarto de baño.	4	4	5
	Sustancialmente Comprometido (2)	Obtiene los suministros para el baño.	4	4	5
	Moderadamente Comprometido (3)	Abre el agua	1	1	3
	Levemente Comprometido (4)	Se lava en el lavabo	3	3	3
		Se lava la cara	3	3	4
	No comprometido (5)	Se lava la parte superior del cuerpo.	1	1	3
		Regula la temperatura del agua.	2	2	4
		Se lava la parte inferior del cuerpo	1	1	3
		Seca el cuerpo	1	1	3
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ❖ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ❖ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- ❖ Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y además accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
- ❖ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, champú, loción, cepillo de dientes, jabón de baño, etc.).
- ❖ Comprobar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
- ❖ Controlar la integridad cutánea del paciente.
- ❖ Mantener rituales higiénicos.
- ❖ Ayudar con la ducha de silla.
- ❖ Lavar el cabello.
- ❖ Realizar el baño con una adecuada temperatura en el agua.
- ❖ Ayudar con el cuidado perianal.
- ❖ Afeitar al paciente.
- ❖ Aplicar crema para piel seca.
- ❖ Inspeccionar el estado de la piel durante la ducha.
- ❖ Controlar la capacidad funcional durante el baño.

Evaluación: Mejorar la función motora y aumentar el interés por su higiene personal.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Higiene y protección de la piel.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.	
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Sarcopenia. • Deterioro cognitivo. • Inestabilidad postural. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad. • Desinterés. • Angustia. • Estrés. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud Funcional. Clase: Autocuidado. Código del Dx: 00110	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana. Mantener Aumentar
				<input type="text"/> <input type="text"/>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: 00110. Déficit de autocuidado: uso del inodoro R.C. deterioro musculo esquelético y debilidad M.P. dificultad para la marcha, tambaleo.	Gravemente Comprometido (1)	Reconoce y responde a la urgencia de defecar.	4	4	5
	Sustancialmente Comprometido (2)	Entra y sale del servicio	3	3	4
	Moderadamente Comprometido (3)	Se quita la ropa.	2	2	4
		Se coloca en el inodoro.	3	3	4
	Levemente Comprometido (4)	Vacía el intestino.	3	3	4
		Evacua.	4	4	5
	No comprometido (5)	Se limpia después de defecar.	4	4	5
Se levante del inodoro.		5	5	5	
		Se acomoda la ropa después de usar el WC.	4	4	4
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ❖ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades del autocuidado.
- ❖ Quitar la ropa esencial para la eliminación.
- ❖ Considerar la respuesta a la falta de la intimidad.
- ❖ Disponer intimidad durante la eliminación.
- ❖ Instaurar un programa de aseo de ser necesario.
- ❖ Controlar la integridad cutánea del paciente.

Evaluación: Aumentar la fuerza musculo esquelética y facilitar el acceso al inodoro.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Higiene y cuidado de la piel.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.	
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Edad extrema. • Sedentarismo. • Adelgazamiento de la piel. • Existencia de riesgo de acuerdo a la escala de Norton. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones sin razón alguna. • Sensibilidad. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud Fisiológica. Clase: Integridad Tisular. Código del Dx: 00046	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.
	Gravemente			Mantener Aumentar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero Deterioro de la integridad cutánea R.C. edad extrema M.P. Puntuación alta de acuerdo a la escala de Norton, destrucción de las capas de la piel.	Comprometido (1)	Temperatura de la piel.	2	2	3	
	Sustancialmente Comprometido (2)	Sensibilidad.	2	2	3	
	Moderadamente Comprometido (3)	Elasticidad	3	3	4	
	Levemente Comprometido (4)	Hidratación	3	3	3	
	No comprometido (5)	Textura	3	3	4	
		Grosor	2	2	3	
		Perfusión tisular	2	2	4	
		Integridad de la piel	2	2	3	
		Crecimiento de vello cutáneo	4	4	3	
			Pigmentación anormal	5	5	5
	Grave (1)	Lesiones cutáneas	3	3	4	
	Sustancial (2)	Tejido cicatricial	3	3	3	
	Moderado (3)	Descamación cutánea	2	2	4	
	Leve (4)	Eritema	4	4	5	
Ninguno (5)	Palidez	4	4	5		
Clasificación de las intervenciones (NIC)						



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Colocar sobre un colchón/cama adecuados.
- ❖ Proporcionar un colchón firme.
- ❖ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.
- ❖ Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- ❖ Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida para dormir del paciente.
- ❖ Colocar en posición de semi-fowler para alivio de disneas.
- ❖ Poner apoyos en zonas edematosas
- ❖ Colocar en posición que facilite la ventilación/perfusión.
- ❖ Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- ❖ Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario.
- ❖ Colocar los objetos de uso frecuentes al alcance.

Evaluación: Mantener lubricada la piel, aumentar la elasticidad de la piel, proteger las heridas existentes y procurar la cicatrización.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.		
Necesidad alterada: Higiene y cuidado de la piel.	Causa de dificultad: Fuerza.		Grado de dependencia: Total.	
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ulcera por presión grado I. • Eritema en zona inguinal. • Existencia de riesgo de acuerdo a la escala de Norton. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor. • Malestar. • Angustia. 			
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.			
Dominio: Salud Fisiológica. Clase: Integridad Tisular. Código del Dx: 00044	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).			
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana. Mantener Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Deterioro de la integridad tisular R.C. con factores mecánicos (presión) M.P.Puntuación alta de acuerdo a la escala de Norton, destrucción úlcera grado I en sacro.	Gravemente Comprometido (1)	Sensibilidad	3	3	4
	Sustancialmente Comprometido (2)	Elasticidad	2	2	3
	Moderadamente Comprometido (3)	Traspiración	4	4	4
	Levemente Comprometido (4)	Grosor	1	1	2
	No comprometido (5)	Integridad de la piel	2	2	4
	Grave (1)	Lesiones cutáneas	3	3	4
	Sustancial (2)	Tejido cicatricial	3	3	4
	Moderado (3)	Raspado cutáneo	2	2	5
	Leve (4)				
	Ninguno (5)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Clasificación de las intervenciones (NIC)

Intervención independiente.

- ❖ Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I, II, III o IV), posición, exudado, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- ❖ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad, y la apariencia de la piel circundante.
- ❖ Mantener la ulcera humedecida para favorecer curación.
- ❖ Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- ❖ Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- ❖ Aplicar ungüentos.

Evaluación: Aumentar el deseo por la deambulaci3n, favorecer los cambios de posiciones y disminuir la presi3n en la zona sacra.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.			
Necesidad alterada: Evitar Peligros.	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.			
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Lagunas mentales• Desorientación.	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none">• Estrés.• Ansiedad.• Euforia.• Angustia.				
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.				
Dominio: Salud Fisiológica. Clase: Neurocognitivo. Código del Dx: 00131	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).				
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.	
				Mantener	Aumentar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Deterioro de la memoria R.C. trastornos neurológicos M.P. experiencia de olvidos.	Gravemente Comprometido (1)	Se autoidentifica	5	5	5
	Sustancialmente Comprometido (2)	Identifica a los seres queridos	5	5	5
	Moderadamente Comprometido (3)	Identifica día presente	2	2	3
	Levemente Comprometido (4)	Identifica mes actual.	1	1	2
	No comprometido (5)	Identifica año actual	1	1	2
			Identifica la estación actual	1	1
		Identifica eventos actuales significativos	1	1	2
Clasificación de las intervenciones (NIC)					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Discutir con el paciente y la familia cualquier problema práctica de memoria que se haya experimentado.
- ❖ Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.
- ❖ Recordar experiencias pasadas con el paciente.
- ❖ Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, lemas nemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilizar acordeones.
- ❖ Ayudar en las tareas de asociadas con el aprendizaje, como practica de aprendizaje o recuperación de la información verbal o grafica presentada.
- ❖ Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales.
- ❖ Proporcionar oportunidades de concentración, como el juego de emparejar cartas.
- ❖ Guiar el nuevo aprendizaje, como localizar accidentes geográficos en un mapa.
- ❖ Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes.
- ❖ Vigilar la conducta del paciente durante su terapia.
- ❖ Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.
- ❖ Controlar cambios en la memoria durante el entrenamiento.

Evaluación: Aumento la retención de la memoria.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Tipo de Evaluación: Focalizada		Fecha: de Febrero a Mayo de 2013.						
Necesidad alterada: Evitar Peligros.	Causa de dificultad: Fuerza.	Grado de dependencia: Total.						
Datos Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Mirada perdida. • Enojo. • Agresividad. • Puntuación baja de acuerdo a la escala de barthel. 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ira. • Estrés. • Impotencia. • Desorientación. 							
Relación Enfermero Paciente: Suplencia.	Plan De Cuidados.							
Dominio: Salud Psicosocial. Clase: Bienestar psicosocial. Código del Dx: 00146	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC).							
	Escala de Medición.	Indicador (es).	Resultado (s).	Puntuación diana.				
	Grave (1)			<table border="1"> <tr> <td align="center">Mantener</td> <td align="center">Aumentar</td> </tr> <tr> <td align="center"> </td> <td align="center"> </td> </tr> </table>	Mantener	Aumentar		
Mantener	Aumentar							



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Diagnostico Enfermero: Ansiedad R.C. necesidades no satisfechas M.P. lanzar miradas alrededor, angustia, puntuación baja de acuerdo a la escala de Barthel.	Sustancial (2)	Desasosiego	3	3	4
	Moderado (3)	Impaciencia	2	2	3
	Leve (4)	Manos húmedas	1	1	2
		Inquietud	2	2	3
	Ninguno (5)	Irritabilidad	2	2	3
		Explosiones de ira	4	4	4
		Ataque de pánico	4	4	4
		Pupilas dilatadas	3	3	3
		Fatiga	1	1	2
		Aumento del pulso	3	3	4
		Trastornos del sueño	2	2	3
		Abandono	1	1	2
	Aumento de la presión sanguínea	2	2	2	
	Clasificación de las intervenciones (NIC)				



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Intervención independiente.

- ❖ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- ❖ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
- ❖ Proporcionar objetos que den seguridad.
- ❖ Administrar masajes en la espalda/cuello.
- ❖ Escuchar con atención.
- ❖ Reforzar el comportamiento.
- ❖ Crear un ambiente que facilite la confianza.
- ❖ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- ❖ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- ❖ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad.
- ❖ Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Evaluación: se controló en ciertos momentos sin mostrar una mejoría significativa.



CONCLUSIONES.

El cuidado en el hogar es la oportunidad del ejercicio libre de la profesión de enfermería, ya que puede aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en este ámbito; se puede fijar de manera más real los resultados esperados y dar intervención, seguimiento al plan de enfermería. El introducirse en el ambiente del paciente y no aislarlo como pasa en los hospitales, asilos. Es una mejor forma de detectar problemas hacer 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.

El modelo de Virginia Henderson ayuda a valorar a la persona de manera holística, de esta forma el profesional de enfermería tiene las herramientas necesarias para el logro de la independencia o una muerte tranquila.

Por lo tanto el servicio de enfermería en el hogar es de suma importancia ya que es el primer nivel de atención y es el más importante dentro de nuestra profesión debido a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Si se le da educación a la comunidad, esta tendrá herramientas necesarias para que mantengan la salud de sus familias.

El trabajar con un paciente geriátrico no es cosa fácil, la diferencia de épocas es grande y difícil de comprender, para interactuar con un paciente geriátrico se tiene que tener tacto, inteligencia y mucha tolerancia. Comprender que hay detrás de su enojo, su seriedad, su mirada perdida, su falta de interés por la vida son tantas cosas que pasan por la mente de un anciano que como jóvenes no entendemos hasta que lleguemos a esa edad, ver como lo que tu conocías va cambiando y cuando te das cuenta estas fuera de época, tus padres ya no están, casi no ves a tus hermanos, tus amigos se van muriendo y te sientes solo.

La mayoría de ellos sufren violencia por parte de sus seres queridos los hijos, nietos, las personas que dicen amarlos. Y sin en cambio ellos solo se quedan viendo cómo dejan de ser la cabeza de la familia, pasando a segundo término, tal vez no les puedo describir lo que me dejo trabajar con un paciente geriátrico ni lo que aprendí, pero en el encontré a un amigo, un consejero, un enemigo.

Aprendí a que un abuelitos son un mundo distinto, lleno de reglas anticuadas para la época y que solo con calidez, amor, tolerancia y respeto se les puede cuidar de forma integral, para que tengan la calidad de vida que ellos merecen.



ANEXO. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE
NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Religión:

Domicilio:

Signos vitales:

Respiración: _____ Frecuencia

Cardíaca: _____ Simétrica: ____ Asimétrica: _____

Temperatura: _____ Tensión arterial: _____ mmHg

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. Oxigenación

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? _____ ¿Cuál? ____.
¿Cuál es su opinión en relación al acto de fumar? ____ ¿Usted fuma? ____ ¿Desde
hace cuánto tiempo? ____ ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma usted durante el
día? _____ ¿Cómo influye su estado emocional en el acto
de fumar? _ ¿Considera usted que el lugar donde vive puede afectar su
oxigenación? ____ ¿En qué forma? ____ ¿Qué medidas toma para prevenir los
daños de su oxigenación? _ ¿Fármacos específicos?

Exploración Física pulmonar

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Exploración Física cardiopulmonar

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

2. Nutrición e hidratación

¿Qué alimentos consume regularmente? ¿Cuántas veces se alimenta al día? ____
____ ¿Qué alimentos prefiere? ¿Qué alimentos le desagradan? ____
_ ¿Tiene problemas para masticar o deglutir? ____ ¿Cuáles? ____ ¿Ha demostrado
trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? ____ ¿Cuáles? _



¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? ¿Cuáles?
¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? __ ¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? __ ¿De qué manera? __
¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? __ ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? __ ¿Utiliza sustancias para reducir su apetito? __
¿Cuáles? __ ¿Fármacos específicos? __

Exploración Física gastrointestinal
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)
Peso __ Talla __ IMC: _____

3. Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? __ ¿Qué características tienen sus heces? __
¿Cuántas veces micción al día? ¿Qué características tiene su orina? __ ¿Qué características tiene su menstruación? __ ¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? ¿Cuáles? __
¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? __ ¿Cuál? ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación intestinal y urinaria? __ ¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? __ ¿Fármacos? __

Exploración Física en la eliminación
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Nota: Para valorar las necesidades de nutrición e hidratación y de eliminación, la exploración se hará en un solo momento.

Movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana? __ ¿Realiza ejercicio? __ ¿Qué tipo de ejercicio? __ ¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? __ ¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? __ ¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? __ ¿Cuál? __ ¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? __ ¿De qué tipo? ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudian o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? __ ¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio?

Exploración Física gastrointestinal
(Inspección, palpación,)

4. Descanso y sueño



¿Cuánto tiempo destina para descansar? ¿Cuántas horas duerme?___ ¿Se duerme fácilmente? _ ¿Cree tener alteraciones del sueño? _
¿A que considera que se deban estas alteraciones?___ ¿Ronca ruidosamente?___ ¿Cree que el roncar es un problema de salud?----- ¿Qué ha hecho para solucionarlo?_
¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? __ ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño?_
¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño?_____

Exploración Física

(Inspección, facies, expresión corporal, escala de dolor)

5. Prendas de vestir adecuadas

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? ____ ¿En qué medida? __ ¿Elige su vestuario en forma independiente? ____ ¿Por qué? _ ¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir?__
¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?__ ¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir?__ ¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir?

Exploración Física

(Inspección)

6. Termorregulación

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal?
¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive? _ ¿Cómo se adopta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? __ ¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? ¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal?¿Cuál?

Exploración Física

(Inspección, Palpación) Temperatura corporal

7. Higiene y protección de piel

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? ¿A qué hora del día prefiere bañarse? ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? ¿Cómo se lava los dientes?¿En qué casos se lava las manos? ¿Con que frecuencia se realiza corte de uñas? ¿Qué aspectos de la higiene considera más importante?¿Qué significa para usted la higiene?

Exploración Física



(Inspección, Palpación)

8. Evitar peligros

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? ¿Qué vacunas no se la han aplicado? ¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? __. ¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? ¿Tiene vida sexual activa? ¿Qué preferencia sexual tiene? ¿Utiliza algún método de protección? ¿Cuál? ¿Ha padecido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual? ¿Cuál?

¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? ¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? __. ¿Consume usted droga? ¿De qué tipo? __. ¿Desde cuándo y con qué frecuencia consume usted drogas? ¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas?

Exploración Física

(Inspección, Ver su entorno)

9. Comunicación

¿Con quién vive? ¿Cómo se relaciona con sus familiares amigos? ¿Pertenece a un grupo social? ¿A qué grupo social pertenece?

¿Durante cuánto tiempo esta solo? ¿Tiene pareja? __. ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? ¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? ¿Cuál?

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? ¿De qué tipo? ¿Considera usted que existen factores en su hogar, que le limiten la comunicación con los demás? ¿Cuáles?

Exploración Física

(Inspección, Ver su entorno)

10. Creencias y valores

¿Tiene alguna creencia religiosa? ¿Cuál? ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? ¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? ¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? ¿De qué tipo? ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? ¿Por qué? ¿Qué significa para usted el valor? __. ¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? ¿Por qué?

¿Qué significa para usted la vida y la muerte?

Exploración Física

(Inspección, Ver si cuenta con imágenes religiosas)

11. Trabajo y realización



¿Cuál es su rol familiar? _____.
¿Está satisfecho con el rol que desempeña? _____. ¿Por qué? _____. ¿Qué
significancia tiene para usted el participar en el ingreso familiar? _____. ¿Sus
ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? _____.
¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? _____.
¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? _____. ¿Realiza alguna
actividad altruista? _____.
¿De qué tipo? _____. ¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? _____.
_____. ¿Por qué? _____.

Exploración Física
(Inspección)

12. Jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? ¿Por
qué? _____. ¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar
actividades recreativas? _____. ¿Por qué? _____. ¿Qué juegos y
actividades recreativas realiza? ¿Con que frecuencia? _____. ¿Se integra con
su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? _____.
¿Por qué? _____.
¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? _____.

Exploración Física

(Inspección) Aéreas destinadas para realizar actividades

13. Necesidad de aprendizaje

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? ¿De qué tipo? ¿Qué
significado tiene para usted la escuela? _____. ¿A qué tipo de escuela
asiste? ¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre? ¿A qué
cree usted que se deba ese rendimiento? _____. ¿Cómo influye la
relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su
aprendizaje? _____. ¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta
su comunidad? _____. ¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? _____
Identificar fuentes de apoyo para aprendizaje en la comunidad.

14.- Necesidad de aprendizaje

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? ¿De qué tipo? |
¿Qué significado tiene para usted la escuela? ¿A qué tipo de escuela



asiste? ¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre _____? ¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? _____? ¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? _____? ¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? _____? ¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? _____
_____.



ANEXO. 2 Anexo 4. Escala de Tinetti (Marcha y Equilibrio).

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1.- Equilibrio sentado.	Se recuesta o se resbala de la silla.	0
	Estable seguro.	1 X
2.- Se levanta.	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero usa los brazos.	1 X
	Capaz sin usar los brazos.	2
3.- Intenta levantarse.	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero requiere más de un intento.	1 X
	Capaz al primer intento.	2
4.- Equilibrio inmediato de pie (15 segundos).	Inestable (vacila, se tambalea).	0
	Estable con bastón o se agarra.	1 X
	Estable sin apoyo.	2
5 Equilibrio de pie.	Inestable.	0
	Estable pero con los pies separados.	1 X
	Estable con los talones juntos.	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer.	0 X
	Vacila se agarra.	1
	Estable.	2
7.Ojos cerrados (de pie)	Inestable.	0 X
	Estable.	2
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos.	0
	Pasos continuos.	1 X
	Inestable.	0
	Estable.	1



9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y se deja caer.	0
	Usa las manos	1 X
	Seguro.	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1.- Inicio de la marcha.	Cualquier vacilación y varios intentos para empezar.	0
	Sin vacilación.	1 X
2.- Longitud y altura del paso.	A) Balanceo de pie derecho.	
	No sobre pasó el pie izquierdo.	0 X
	Sobre pasa el pie izquierdo.	1
	No se levante completamente del piso.	0 X
	Se levanta completamente del piso.	1
	B) Balanceo del pie izquierdo.	
	No sobre pasa de pie derecho.	0 X
	Sobre pasa el pie derecho.	1
	No se levanta del piso.	0 X
	Se levanta completamente del piso.	1
3.- Simetría del pasó.	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo.	0 X
	Longitud paso derecho e izquierdo iguales.	1



4.- Continuidad de los pasos.	Discontinuidad de los pasos.	0
	Continuidad de los pasos.	1 X
5.- Pasos.	Desviación marcada.	0
	Desviación moderada o uso de ayuda.	1 X
	En línea recta sin ayuda.	2
6.- Tronco	Marcado balanceo o uso de ayuda.	0 X
	Sin balanceos, pero flexiona rodillas, espalda o abre los brazos.	1
	Sin balanceos ni flexión ni ayuda.	2
7.- Posición al caminar.	Talones separados.	0
	Los talones casi se tocan al caminar.	1 X

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado. Interpretación: A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas. A mayor puntuación = menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas



ANEXO. 3 ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWOTH.

SITUACIÓN.	PUNTUACIÓN.
Sentado y leyendo.	3
Viendo la T.V.	3
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro).	2
• En coche, como copiloto de un viaje de una hora.	0
• Tumbado a media tarde.	2
• Sentado y charlando con alguien.	0
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol).	1
• En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico.	1
Puntuación total (máx. 24)	11

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse



ANEXO. 4 ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLBERG.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no es probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si hay respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad o 1 o más en subescala de depresión). Los puntos de corte son >4 para subescala de ansiedad, y >2 para la depresión, el instrumentó es para detectar probables casos no para diagnosticar.

ESCALA DE EADG – (ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN)	SI /NO
SUBESCALA DE ANSIEDAD.	
1.- ¿SE SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?	SI
	NO
2.- ¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?	NO
3.- ¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?	SI
4.- ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA RELAJARSE?	
SI HAY 2 O MAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, CONTINUAR PREGUNTANDO.	2
SUBTOTAL.	
5.- ¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?	SI
	NO
6.- ¿HA TENIDO DOLORES DE CABEZA O NUCA?	SI
7.- ¿HA TENIDO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, MAREO, TEMBLORES, HORMIGUEOS, SUDORES O DIARREA?	SI
8.- ¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?	SI
9.- ¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO?	
TOTAL DE ANSIEDAD.	6



> 2. ANSIEDAD PROBABLE.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN.	SI/NO
1.- ¿SE HA SENTIDO CON POCO ENERGÍA?	SI
2.- ¿HA PERDIDO EL INTERÉS POR LAS COSAS?	SI
3.- ¿HE PERDIDO LA CONFIANZA EN USTED MISMO?	SI
4.- ¿SE HA SENTIDO SIN ESPERANZA?	NO
SI HAY RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, CONTINUAR PREGUNTANDO. SUBTOTAL.	3
5.- ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?	SI
6.- ¿HAPERDIDO PESO? (A CAUSA DE PERDIDA DEL APETITO).	SI
7.- ¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?	SI
8.- ¿SE HA SENTIDO USTED ENLENTECIDO?	NO
9.- ¿CREE USTED QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR POR LAS MAÑANAS?	
TOTAL DEPRESIÓN.	7



ANEXO. 5 ESCALA DE NORTON.

Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno – 4				
Buen estado nutricional e hidratación				
	Apático – 3	Necesita ayuda - 3		
	Órdenes sencillas			
	Mal Orientados			
			Muy limitada - 2	Urinaria o fecal - 2
				Falla uno de los dos esfínteres

VALORACION:

Los valores van desde 4 hasta 20: entre 5/11, riesgo elevado; **ENTRE 12/14, EXISTE RIESGO**; entre 15/20, riesgo mínimo.



ANEXO. 6

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de valoración de Barthel)

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de	5



Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para	10



Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	caminar 50 metros	
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Para su medición se establecen los siguientes criterios:

- a. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5 y 10 puntos.
 - b. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).
 - c. Para los temas de deposición y micción, se deberá valorar la semana previa
- Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia:

1) Total < 20 2) Grave = 20 a 35 3) Moderada = 40 a 55 4) Leve > 60 5) Autónomo =100



FUENTES BIBLIOGRAFICAS.

- Bermejo F, Floriach R, Muñoz D. Enfermedad de Alzheimer. Concepto y manifestaciones clínicas. Medicine 2003.
- Cohen J.A., Dos retratos del cuidado: Una comparación de las teoristas Leiniger y Watson. Estados Unidos de América. Diario de Avances Enfermeros. 1996.
- Coliere, M.F. Promover la vida. 2. Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1993.
- **Consejo Nacional de Población (1988).** *México demográfico. Breviario 1988.* México, CONAPO.
- DR. Esteban Cortes Sedano, Manual de Semiología Medica, Hospital Clínico, Universidad de Chile.
- Dr. Juan Fernando Jaramillo, Dr. Luis E. Caro, Dr. Jaime Beltrán G, Guía de Anatomía del Tórax.
- Dra. Sara G. Aguilar Navarro, Departamento de Geriatria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran" disponible en: <http://www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/Sarcopenia.pdf>http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/8%20HIPERTROFIA%20%20PROSTATA2.pdf
- Escalas e instrumentos de valoración en atención domiciliaria, Valencia: Generalitat Valenciana. Cconselleria de sanitat, 2004 disponible en <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>
- García G.M. El proceso de enfermería y el modelo de atención de Virginia Henderson. Progreso. México. 2002.
- Gloria M. Bulechek; Howard K. butcher Joanne McCloskeyDochterman; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NursingInterventionClassificationNIC), 5 ed. España, Elsevier, 2008.
- Guillen L.F; Ruipérez C.I. Manual de Geriatria 3 ed. Barcelona. Masson. 2003.
- Gutiérrez Robledo LM, PicardiMarassa P, Aguilar Navarro SG et al. (2010). Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: McGraw-Hill.
- <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/arritmias.html>
- **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1992).** *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990: resumen general.* México, INEGI.



- Instituto Nacional de Estadística, Los Adultos Mayores en México perfil, sociodemográfico a inicios del siglo XXI, ed. 2005, p 9. disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_BARTHEL.pdf
- Juan SurósBaltlló, Antonio SurósBaltllo, Semiología Médica y Técnica Exploratoria, 7° edición, San Diego, California (EE.UU.), Edit. Salvat Editores, S.A.
- Kosier B; Glen E; Berman A; Snyder S; Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas, 7. Edición, Madrid. MC Graw Hill-Interamericana, 2005. Vol.1.
- Mark Beer, MD, Robert Berkaw, MD, Manual Merck de Geriatria, 2° Edición.
- Marriner, Ann y Raile, Modelos y Teorías de enfermería. 6 ed. Madrid, Elsevier, 2006
- Ministerio de salud, Guía Clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años, Santiago, Minsal. 2007.
- OPS. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Tercera Edición. Enero. 2003
- Oscar Cano Valderrama, Aida Suarez Barrientos, Javier Alonso García-Pozuelo, Alberto Touza Fernández, Manual ECOE AMIR, disponible en: www.academiaamir.com
- Phaneuf M., Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería, 1993, Mc Graw-Hill.
- Ramos L.F; SobráC.S; Silva G.L; BernetT.J; Et. Al; Matronas del cuidado.España. MAD.2007.
- Sue Moorhead; Marion Johnson; Meridean L. Maas; Elizabeth Swanson; Clasificación de Resultados de Enfermería (NursingOutcomeClassificationNOC), 4 ed. España, Elsevier, 2008.
- T. Heater Herman; NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); edición 2009-2011, Edit. Elsevier.