



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA "MARIA ELENA MAZA BRITO" DEL
INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Estudios Incorporados en la UNAM clave 3049-12

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON:

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

ELABORÓ:

Est. Lic. Enf. Lourdes Silva Santamaría

No. Cuenta:

408513397

ASESORIA PEDAGÓGICA:

L.E.: María de los Ángeles Cano García

M.S.P: Sandra Valdez Bravo

Mayo de 2013



INCMNSZ



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: con respeto, cariño y admiración, Lucia y Mario, quienes han guiado mi vida con su apoyo y comprensión; porque hicieron posible que saliera adelante durante todo este trayecto; les presento este trabajo como testimonio a sus esfuerzos y sacrificios.

A mis hermanos: Norma, Mario, Oscar y Adolfo, que me han servido como ejemplo en los momentos más difíciles, con cariño, porque me brindan su apoyo, ayuda y consejos durante la vida.

A la familia Vergara Silva: por su apoyo, ánimo y confianza que me han brindado a través de estos últimos años.

A las profesoras de la Escuela de Enfermería "María Elena Maza Brito": a quienes admiro y respeto por su profesionalismo y entrega, además de ser grandes seres humanos.

Ante todo gracias a Dios: que ha guiado mis pasos, por estar conmigo en los momentos buenos, difíciles y aún los más tristes que me han dado la madurez y fortaleza para superarme y seguir adelante.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. OBJETIVOS	4
IV. METODOLOGÍA	5
V. MARCO TEÓRICO	6
VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
VALORACIÓN	
6.1 DATOS SIGNIFICATIVOS DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	12
6.2 DIAGNÓSTICOS	22
6.3 PLANEACIÓN	24
6.4. EJECUCIÓN	25
6.5. PLAN DE ALTA	107
VII. CONCLUSIONES	111
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
IX. GLOSARIO	118
X. ANEXOS	
ANEXO 1 PATOLOGÍA	121

CONTENIDO	PÁGINA
ANEXO 2 EVALUACIÓN GERIATRICA	122
ANEXO 3 ORGANOS DE LOS SENTIDOS	124
ANEXO 4 EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL	125
ANEXO 5 PRUEBA DE RELOJ	129
ANEXO 6 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA	131
ANEXO 7 FUNCIONALIDAD	132
ANEXO 8 ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)	134
ANEXO 9 ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)	137
ANEXO 10 CAIDAS	137
ANEXO 11 MARCHA Y EQUILIBRIO	137
ANEXO 12 PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO, VELOCIDAD DE LA MARCHA, PRUEBA DE LEVANTARSE 5 VECES DE UNA SILLA Y EXTENUACIÓN FÍSICA	138
ANEXO 13 ESTADO NUTRICIO Y EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIO (MNA)	141
ANEXO 14 DELIRIUM	145
ANEXO 15 RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	147
ANEXO 16 MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR	148
ANEXO 17 LABORATORIOS	153

I. INTRODUCCIÓN

A través del tiempo la profesión de Enfermería ha modificado su enseñanza y práctica, para mejorar su razón de ser, ha logrado reconocerse como ciencia con la finalidad de mejorar la calidad del cuidado. La Enfermería desarrollo tres distintas concepciones como: el paradigma de la categorización que “orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad”; paradigma de la integración con una orientación hacia la persona, la cual “es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas”, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual; y el paradigma de la transformación en el cual existe una apertura hacia el mundo y “la persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta”¹. Por lo anterior para Enfermería salud, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

Actualmente la Enfermería ha transformado la manera de ejercer el cuidado, tomando en cuenta el paradigma de la transformación, la persona es más que conocimientos específicos, sino la composición de valores, creencias y prácticas culturales, a lo que llamamos “cuidado holístico”, por lo que el presente Proceso Atención Enfermero (PAE), toma en cuenta la diversidad de características, información y cambios, que están aunados en una etapa de la vida que afecta a todos los seres vivos como lo es el envejecimiento, “ si bien los investigadores coinciden, en general, respecto a las modificaciones y alteraciones que se producen en las células y los trastornos que se asocian a la vejez, difieren respecto a las causas fundamentales y los mecanismos del envejecimiento del organismo; ello explica la diversidad de teorías existentes y las múltiples formas de clasificarlas”². La teoría del desgaste y la de los desechos son de fácil interpretación y muy simplistas. La teoría del desgaste se basa en que el organismo termina por gastarse, influido por lo que Selye denomina actividades negativas y positivas; lo positivo y lo negativo dependerán más de cómo se percibe, que de su propia naturaleza. La teoría de los desechos plantea la relación entre la producción de desechos orgánicos y su eliminación. A lo largo de la vida se va perdiendo capacidad de eliminación y, en consecuencia, se acumulan desechos que dificultan la normal actividad celular. Otras teorías están basadas en la falta de regulación del proceso homeostático. “Tal es la *teoría nerviosa* del envejecimiento, esta

¹ Kérouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André, Major Francine. Grandes corrientes del pensamiento en: El Pensamiento Enfermero. 1a edición. Editorial Masson. Barcelona 2001. PP 1-13

² García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar. Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Editorial Elsevier. España 2006. PP. 9

teoría explica que, a diferencia de las otras células, las neuronas no se renuevan ni son sustituidas, por lo que sufren una lenta y progresiva destrucción”. (Ibíd.)

El modelo aplicado fue el de Virginia Henderson, ya que la identificación de independencia del adulto mayor respecto a sus necesidades, se realiza desde una perspectiva sobre las funciones, características, conocimiento y autonomía del adulto mayor, por lo que este modelo permite dar un panorama completo, donde se puede dar prioridad a las necesidades afectadas que limiten o permitan la independencia de este tipo de pacientes. Conjuntamente este proceso se complementa con parte del fundamento filosófico de Jean Watson, quien va más allá del cuidado holístico y da realce de la relación de ayuda-confianza entre enfermera paciente y la comprensión intelectual y emocional de cada persona.

La elaboración de este Proceso Atención Enfermero, en un adulto mayor con desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Atendida en su hogar, tiene como objetivo de aplicar los conocimientos y practica adquirida durante toda la formación académica de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de este Proceso Atención de Enfermería (PAE), tiene la intención de integrar elementos cognitivos disciplinares y desarrollar intervenciones de enfermería a partir de una planeación de la gestión del cuidado. El proceso que se presenta a continuación se refiere a una paciente que se atendió en su hogar, con el siguiente diagnóstico médico: Fractura transtrocanterica de cadera, por lo que la utilización del Modelo de Virginia Henderson da un margen muy amplio para un buen análisis y dar prioridades de acuerdo a su importancia.

Actualmente el crecimiento de la población ha derivado un problema social, económico y de salud, en un sector muy vulnerable, como lo es el aumento de personas de edad madura, los cuales requieren cubrir una serie de necesidades que no en todos los casos son atendidas debido a una falta de estructura política, de salud y reconocimiento social, lo que ha derivado en el caso del personal de enfermería buscar alternativas de cuidado para brindar un trato especializado dando enfoque a los cambios naturales propios de este sector.

Dadas las circunstancias las afectaciones de este tipo de pacientes tienen un nivel muy complejo, en cuanto a dedicación de tiempo y apoyo emocional, por lo tanto se le dio prioridad a los problemas que necesitan un cuidado más rápido en cuestión de prevención, y de la importancia para la integridad y evitar el deterioro del paciente.

En este caso el PAE fue aplicado a una paciente con: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, donde las intervenciones de Enfermería se deben concentrar en prevenir, controlar y minimizar las complicaciones derivan de una alimentación insuficiente, que el Proceso Atención Enfermero es una herramienta primordial para la aplicación de los cuidados a partir de las necesidades y comportamientos de la paciente.

Por otra parte Enfermería tiene un gran compromiso con este tipo de pacientes, tomando en cuenta el futuro, tanto de la situación del crecimiento poblacional y la calidad de vida de los individuos que requieren de los cuidados profesionales de Enfermería. Por lo que el trato que requiere un adulto mayor, a nivel hospitalario o en su hogar, es de encaminarlos a que conozcan y se apeguen a los tratamientos médicos, evitar que pierdan sus facultades de independencia y asegurarse de tener en cuenta sus necesidades psicológicas y sociales, además de fomentar el estímulo de una vida plena en su hogar, proporcionándoles un ambiente intrafamiliar formando una relación directa que abarque y satisfagan todas las necesidades del adulto mayor.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Demostrar los conocimientos adquiridos, teóricos-prácticos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería "María Elena Maza Brito del INNSZ, así como el uso del Modelo de Virginia Henderson y la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) en un paciente geriátrico con: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Objetivos Específicos.

- Emplear como base el PAE en un paciente geriátrico con cada una de sus fases.
- Enunciar cada una de las 14 necesidades de Virginia Henderson y aplicarlas en la valoración del PAE, para determinar y categorizar los diagnósticos de Enfermería en un paciente geriátrico.
- Establecer las necesidades afectadas, analizarlas y categorizar el nivel de dependencia, para así alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de Enfermería en un paciente geriátrico con: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- Programar las intervenciones de Enfermería y realizar un análisis sobre los resultados de los cuidados de Enfermería, dentro de la aplicación del PAE en un adulto mayor.

IV. METODOLOGÍA

ACTIVIDAD	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
	MES SEMANA				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección de paciente y consentimiento informado																								
Valoración del paciente																								
Diagnósticos de enfermería																								
Plan de cuidados																								
Ejecución																								
Evaluación y plan de alta																								

VI. MARCO TEÓRICO

“La geriatría se ocupa del cuidado de las personas de edad avanzada.

La época en que vivimos, difiere de cualquier otro período anterior de la historia en que la población existente está constituida por un número mucho mayor de personas de edad avanzada. Ya en los tiempos bíblicos se sabía que “los días de nuestros años eran tres veintenas y diez más o, en caso de un vigor especial, cuatro veintenas”, pero muy pocos consiguieron alcanzar esa edad. La guerra, el hambre y la peste aniquilaron a la mayor parte de la población en la infancia, la niñez o la primera edad adulta.”³

“Actualmente dos terceras partes de la población sobreviven hasta alcanzar su setenta y cinco aniversario y, una vez logrado, esperan poder vivir otros diez o quince años más, por término medio.

Las personas muy ancianas tienen numerosos problemas sociales y financieros y necesidades de atención en cuanto a su salud; por ello se han creado nuevos servicios y medios para ayudarles.

Las unidades geriátricas han surgido con tendencia a permanecer. En el futuro un número cada vez más creciente de personal de enfermería trabajará en ellas. La necesidad de que fueran creadas estas unidades no surgió, como muchas personas nos hicieron creer, simplemente para que las familias tengan menos responsabilidades con sus parientes.

La necesidad existe, porque, gracias a la medicina moderna, se han alterado las condiciones sociales y hay más personas que sobreviven hasta una edad mucho más avanzada, necesitando un trato más especializado y no teniendo, en muchos casos, a nadie disponible que les pueda ayudar. Cuando existen familiares, cuyos problemas son comprendidos y respetados, éstos colaboran voluntariamente con los esfuerzos del equipo terapéutico del hospital para proporcionar mejores cuidados a las personas ancianas enfermas.

La mayoría de las unidades geriátricas aparecen, en el Reino Unido, en 1948, cuando se instaura el *Nacional Health Service* ¿Cómo eran atendidos los ancianos enfermos hasta entonces? Muchos eran cuidados en sus hogares, igual que se sigue haciendo hoy en día, con la diferencia de que, anteriormente, era muy común, en ocasiones, que la hija permaneciese soltera, y sin preparación para poder trabajar, debiendo quedarse en el hogar por tiempo indefinido para atender a sus padres ancianos, algo que hoy en día no ocurre. Algunas personas de edad avanzada eran tratadas en hospitales generales, como en la actualidad, pero otras eran admitidas en salas especiales para enfermos crónicos. Algunas de éstas se hallaban en los hospitales, otras en lugares llamados “hogares para incurables”. Muchas otras salas para enfermos crónicos se ubicaron en las “Poor Houses” (“Casas de los Pobres”), construidas a mediados del siglo XIX, para acoger al necesitado y al que no tenía hogar y que, posteriormente, se utilizaron para albergar y cuidar personas mayores e incapacitadas.

³ Burns E.M, B. Isaacs y T. Gracie. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Editorial Morata. Madrid 1999. PP. 13-20

En gran parte de estos lugares los pacientes recibían solamente unos cuidados mínimos médicos y de enfermería. Permanecían encamados por tiempo indefinido, hasta mucho después de haberse recuperado de la enfermedad por la que habían sido ingresados, sin haberse hecho ningún intento de encontrar qué es lo que les pasaba, o de tratarlos. A esto se añadía que los cuidados básicos de enfermería que recibían (alimentos, calor, limpieza, los lugares amplios y las ayudas prestadas) eran asombrosamente escasos.

Desde luego había excepciones: lugares donde los ancianos enfermos eran cuidados con bondad, compasión y en buenas condiciones; pero esto realmente no era usual. Sin embargo, en estas horribles salas de enfermos crónicos, hacia el año de 1930, fue donde los pioneros de la geriatría empezaron su trabajo. Cuando en 1948 se creó el Servicio Nacional de Salud, los hospitales para enfermos crónicos cayeron bajo la responsabilidad de la Comisión Regional de Hospitales, y empezaron a mejorar los niveles de equipamiento y terapéutica. Muchas de las unidades geriátricas más conocidas del país tuvieron su origen en los viejos asilos. En los años 50 tras la introducción de los antibióticos y una mejoría de la salud pública, hubo una reducción de la necesidad de las camas hospitalarias para pacientes tuberculosos y con enfermedades infecciosas, y muchas de estas salas fueron convertidas en unidades geriátricas. En los años 60, comenzaron a aparecer, en casi todos los lugares del país, unidades geriátricas construidas para este propósito, y desde la década de los 70, todos los nuevos hospitales generales de distrito contaban con una unidad geriátrica.

Por tanto, la unidad geriátrica forma parte hoy día de la comunidad.” (Ibíd.)

Con lo anterior hay que recordar que desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Únicamente con la aparición de un pensamiento dialéctico que denuncia el MAL, lo que produce malestar, para separarlo del BIEN, es decir, de todo aquello que hace vivir, que aísla para analizar y comprender lo que se percibe como maléfico, como origen de la muerte, sólo así, una de estas orientaciones ha prevalecido sobre la otra hasta el punto de negarla e intentar su destrucción.

“Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.”⁴

A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes muchas veces milenarias que han sido elaboradas a lo largo de la historia, frente al problema de la VIDA y de la MUERTE, *cuidar se convierte en tratar la enfermedad* Todas las prácticas rituales desde la concepción hasta el nacimiento se elaboran alrededor de la mujer, símbolo de la fecundidad, y del niño que ella trae al mundo. Además de que los cuidados no han sido sólo competencia de la actividad de los hombres o de las mujeres, parece importante tener en cuenta el papel predominante de los padres de la Iglesia, que ponen las bases de la doctrina cristiana y orientan toda la vida monástica.

⁴ Francoise, Colliere, Cap. 1 Promover la vida ED. Interamericana Mc Graw Hill, España 1993.PP. 5-17

“Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen de siguiente modo:

- Identificación de los cuidados de la *mujer*, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental;
- Identificación de los cuidados de la *mujer consagrada*, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia;
- Identificación de los cuidados de la *mujer enfermera* auxiliar médico desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados, y anticipándose a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las orientaciones: *asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida*.

La concepción de los cuidados se encarna en las que los proporcionan hasta el punto de llegar a confundirse con ellas y convertirse en uno de los papeles establecidos:

- Papel labrado por la herencia cultural de la “mujer que auxilia”
- Papel prescrito por las reglas conventuales de la mujer consagrada.

A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso se asocia el papel del auxiliar médico, creándose así el papel de la mujer – *enfermera* auxiliar del médico.” (*Ibíd.*)

Las practicas del cuidado han tenido que dejar a tras las creencias religiosas, como el método empírico de quienes lo ejercen, lo cual encamina a la enfermería como una ciencia y un arte, de tal modo que cronológicamente el avance ha llegado a ser sistemático y lógico, sin dejar a un lado la parte humana lo que ha dado como resultado el Proceso Atención de Enfermería (PAE).

El Proceso Enfermero es el método científico simplificado, que se caracteriza por la sistematización lógica para predecir el resultado de la intervención de enfermería, en el cuidado a las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, ante problemas de salud reales o potenciales. El PAE es el medio para el logro de la meta en los ámbitos socioemocional y técnico-directivo o instrumental: el nivel funcional óptimo de la respuesta humana a los problemas de salud reales y/o potenciales. Está estructurado en cinco etapas:

1. “En las Etapas de Valoración y Diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determina:
 - El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las Etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, en su propio cuidado. esto significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, *ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible*.⁵

“Una de las teóricas más sobresalientes dentro del desarrollo de la enfermería es Virginia Henderson, quien “nació en 1897, siendo quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. en 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S y M.A. en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva Cork. Regresó al Teachers Collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.”⁶

Virginia Henderson desarrollo 14 componentes de asistencia de enfermería que parten de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, los cuales tienen cierta relación con la jerarquía de necesidades realizadas por Abraham Maslow, sin embargo Henderson no solo aportó las 14 necesidades básicas del paciente sino que también desarrollo conceptos y definiciones muy importantes respecto a la Enfermería los cuales son:

Enfermería: “La única función de la enfermera consiste en ayudarla al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

⁵ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria. “El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería” en: El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Editorial Masson-Salvat, Barcelona España 1993, PP. 3-37

⁶ Marriner, Tomey, A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cap. 6, 4ª. Edición. Editorial Mosby, Madrid, España 1999 PP.55-59

Salud: “Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles an Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes entre ellas la del instituto de la Organización Mundial de la Salud Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró “Es más importante la calidad de salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Entorno: “Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al *Webster’s New Collegiate Dictionary* de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona (paciente): “Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad”.

Necesidades: “En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en Enfermería. (Ibíd.)

Por otro lado el aumento de la demanda de atención al adulto mayor se ha ido modificando los planes de estudio y se le da importancia a las asignaturas de enfermería geriátrica y paralelamente se dio inicio con la formación de posgrado, así que: “La primera referencia que se tiene de enfermera en el campo de la geriatría es de Marjorie Warren, quien, hace 50 años, trabajaba como supervisora en la sala de crónicos del Midlessex Hospital; por medio de sus observaciones pudo demostrar que algunos ancianos considerados incurables y que estaban “aparcados” allí, mediante un estudio diagnóstico y un tratamiento adecuados empezaban a valerse por sí mismos. Y, lo que es más importante, llegó a la conclusión de qué, si a aquellos pacientes se les hubiese instaurado antes el tratamiento, probablemente hubieran podido recuperarse mucho más. Comprobó además que algunos de aquellos ancianos se recuperaban con cuidados adecuados y rehabilitación, hasta el punto de poderse integrar de nuevo en su familia y en la comunidad.”⁷

• ⁷ García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar. Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Editorial Elsevier. España 2006. PP. 2

DESARROLLO
DEL
PROCESO
ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA
DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación

NOMBRE: C.M.P EDAD: 91 años SEXO: Femenino FECHA DE NACIMIENTO: 03/Mayo/1921

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TABAQUISMO: Negado HUMO DE LEÑA: Si con 30 años de exposición.
ETILISMO: Negado TOXICOMANÍAS: Negadas

ESCOLARIDAD: Tercer año de primaria
SABE LEER Y ESCRIBIR: Leer si, escribir no

ESTADO CIVIL:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------|
| 1. Casado | 2. Divorciado o separado | 3. Soltero |
| 4. <u>Viuda hace 36 años</u> | 5. Unión libre | |

LUGAR DE RESIDENCIA:

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|----------|
| 1. <u>Vivienda particular</u> | 2. Vivienda asistida | 3. Asilo |
| 4. Hospital | | |

TELÉFONO: _____

CIUDAD Y ESTADO: Distrito Federal

¿ASISTE A UNA ESTANCIA DE DÍA? No

¿CON QUIÉN VIVE?

- | | | |
|------------|---------------------------------|---------------------|
| 1. Cónyuge | 2. <u>Otro familiar o amigo</u> | 3. Vida comunitaria |
| 4. Asilo | 5. Solo | |

¿CÓMO DESCRIBIRÍA SU SITUACIÓN ECONOMICA?

- | | | |
|--------------|--------------|-----------------|
| 1. Excelente | 2. Muy buena | 3. <u>Buena</u> |
| 4. Mala | 5. Muy mala | |

OCUPACIÓN HABITUAL: Hogar

FORMA DE MANUTENCIÓN: Apoyo por hijo y tarjeta de adulto mayor.

PROVEEDOR PRIMARIO: Hijo

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

EN RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, ¿CÓMO DIRÍA QUE SE ENCUENTRA SU ESTADO DE SALUD? Muy bien

RED SOCIAL

EN CASO DE SER NECESARIO ¿CUENTA CON ALGUIEN QUE SE PUDIERA RESPONSABILIZAR DE SU ATENCIÓN?

1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: Si
2. ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA: Si

NÚMERO DE HIJOS:

TOTAL: 9 HOMBRES: 7 MUJERES: 2

CUIDADOR PRIMARIO:

NOMBRE: M.T.R.A EDAD: 58 años

ESTADO CIVIL: Casada

PARENTESCO: Nuera

ESCOLARIDAD: Secundaria terminada

OCUPACIÓN: Hogar

RESPONSABLE LEGAL: A.S.M

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial sistémica (años de DX sin especificar)

ALÉRGICOS: Si, PENICILINA

QUIRÚRGICOS: Colecistectomía en el 2000

Plastia inguinal en el 2000

Fractura de cadera derecha 26/07/2012

TRANSFUSIONALES: 26/07/2012

LISTA DE MEDICAMENTOS

Aspirina protec 100 mg c/24 hrs. Por 30 días (día 25)

BENZODIAZEPINAS SEDANTES E HIPNOTICOS: Negados

MEDICINA PREVENTIVA

INFLUENZA: Se desconoce

NEUMOCOCO: Se desconoce

TOXOIDE TETÁNICO: Se desconoce

Mujeres

CITOLOGIA CERVICAL: Nunca realizado

Valoración realizada el...10/09/12..... Hora...12:00 Horas.

1. OXIGENACIÓN	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Disnea: <u>No</u> Tos productiva/seca: <u>No</u> Dolor: <u>No</u> ¿Fuma? <u>No</u> ¿Desde cuándo? _____ <u>Exposición a humo de leña durante 30 años.</u></p>	<p>Signos vitales: TA:<u>130/60 mmHg</u> FC: <u>62 ppm</u> FR:<u>23 rpm</u> T°:<u>36.5</u> Tos productiva/seca: <u>No</u> Campos pulmonares: <u>Respiraciones tranquilas, simétricas, con ritmo y profundidad, regulares. Pulmones limpios a la auscultación. Piel intacta sin cicatrices de traumatismo.</u> <u>Simetría alterada del tórax, por sifosis.</u></p> <p>Presencia de secreciones: <u>Si</u> Características: <u>Hialinas</u></p>

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	
OBJETIVO	SUBJETIVO
<p>Peso actual: <u>41.600 kg</u> Talla: <u>158 cm</u> Temperatura: <u>36.5</u> IMC: <u>16.7</u> Ingesta de líquidos en 24 horas: <u>750 ml</u> Trastornos digestivos: <u>Negados</u> Intolerancias alimenticias/alergias: <u>Negadas</u> Problemas de la masticación y deglución: <u>Ninguno</u> Patrón de ejercicio: <u>Ninguno, incluso pide que se le sirvan los alimentos a pie de la cama para no trasladarse al comedor por temor a caerse de nuevo.</u></p>	<p>Turgencia de la piel: <u>Disminuida</u> Membranas mucosas hidratadas/secas: <u>Hidratadas</u> Características de Uñas: <u>Color rosado, convexas, cutícula rosada e intacta, con textura pareja y firme, sin rebordes, bien adheridas al lecho ungueal.</u> Cabello: <u>Bien distribuido en todo el cuero cabelludo, con canas y adelgazamiento, sin alopecia.</u> Funcionamiento neuromuscular y esquelético: <u>“Deglución” valorable en el Cuestionario para la detección de desnutrición en personas mayores DNA® y examen del estado nutricional. Anexo 13</u> Aspectos de encías: <u>encías rosadas, húmedas, intactas; sin sangrado, edema, hipertrofia ni lesiones.</u> Dientes: <u>perdida de piezas dentales: maxilar superior: primer premolar izquierdo y derecho así como incisivo central derecho.</u> Maxilar inferior: <u>ambos segundo y primer molar.</u> Presentan <u>desalineación dental.</u> Lengua: <u>rosada, húmeda, intacta: papilas intactas; línea media con movilidad total (CN XII intacto).</u> Perdida de piezas dentales: <u>Si</u> Heridas y tipo de cicatrización: <u>Ninguna</u> Otras:</p>

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Hábitos intestinales: <u>Evacua 3 veces al día.</u> Características de las heces, orina: <u>Evacuaciones amarilla y blandas / orina amarillo ámbar</u> Historia de hemorragias/enfermedades renales, otros: <u>Negados.</u> Hemorroides: <u>No presenta</u> Dolor al defecar/orinar: <u>Negado.</u> Como influye las emociones en sus</p>	<p>Abdomen características: <u>Abdomen escafoide, muy suave, coloración de la piel ligeramente más claro que las áreas expuestas. Con estrías, con disminución del vello. Ombligo en la línea media, invertido, sin decoloración ni secreción.</u> Ruidos intestinales: <u>Sonidos intestinales suaves, de tono medio, cada 9 segundos en los 4 cuadrantes.</u> Palpación de la vejiga urinaria: <u>No es</u></p>

<p>patrones de eliminación: <u>De ninguna manera.</u></p> <p>Otros: <u>usa pañal todo el día por su dificultad para moverse.</u></p>	<p><u>palpable, sin embargo presenta incontinencia urinaria de urgencia, principalmente por la noche, ya que le cuesta trabajo levantarse de la cama y si es posible pide que le cambien el pañal por la mañana si decide no levantarse.</u></p> <p>Otros: <u>Examen general de orina Anexo 17</u> <u>datos relevantes: aspecto turbio, Nitrito positivo +, leucocitos 4-5 por campo de 1-5 por campo, oxalato de calcio +, bacterias +++.</u></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Adaptabilidad de los cambios de temperatura: <u>Si</u></p> <p>Ejercicio/tipo, frecuencia: <u>Ninguno</u></p> <p>Tipo de temperatura agrado: <u>Templado</u></p>	<p>Características de la piel: <u>Turgencia disminuida, color disparejo en ciertas áreas, aumento de pliegues, arrugas y lesiones dérmicas. Algunas lesiones comunes púrpura senil, principalmente en manos y brazos.</u></p> <p>Transpiración: <u>No se percibe al olfato</u></p> <p>Condiciones del entorno físico: <u>Lugar ventilado, con poca luz y baja humedad.</u></p> <p>Otros:</p>

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Capacidad física cotidiana: <u>(Valoración de funcionalidad: Escala de Rosow-Breslaw de movilidad, Índice de Nagi de discapacidad Anexo 7)</u></p> <p>Actividades en el tiempo libre: <u>Ninguno</u></p> <p>Hábitos de descanso: <u>Realiza siestas cada vez que puede.</u></p> <p>Hábitos de trabajo: <u>Ninguno</u></p> <p>Deambulación: <u>Poca, ya que tiene miedo a caerse</u></p>	<p>Estado del sistema músculo esquelético, Fuerza: <u>(Valoración de marcha y equilibrio en adulto mayor Anexo 11)</u></p> <p>Posturas: <u>Decúbito dorsal y lateral derecho.</u></p> <p>Necesidad de ayuda para la deambulación: <u>Si andadera, pero prefiere no levantarse.</u></p> <p>Dolor con el movimiento: <u>No, pero tiene miedo a moverse porque le puede doler.</u></p> <p>Presencia de temblores: <u>Si en pierna derecha.</u></p> <p>Estado emocional: <u>Depresión establecida</u> <u>(Escala de depresión geriátrica Anexo 6)</u></p> <p>Otros:</p>

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO	
SUBJETIVO	OBJETIVO
Horas de descanso: <u>Cuando puede</u> Horario de sueño: <u>5 pm a 8 am</u> Siesta: <u>Si por las mañanas</u> Ayudas: <u>Ninguna</u> Desvelo prolongado: <u>No</u> Insomnio: <u>Negado</u> Debido a: <u>Lo desconoce</u> Prácticas habituales para conciliar el sueño: <u>Rezar</u> Descanso al levantarse: <u>No</u>	Estado mental ansiedad/ estrés/lenguaje: (Valoración MMSE Anexo 4) Ojeras: <u>No</u> Atención: <u>Si</u> Bostezos: <u>No</u> Concentración: <u>Si</u> Apatía: <u>Si</u> Cefalea: <u>No</u> Irritabilidad: <u>Si</u> Enlentecimiento de la reacción: <u>Si</u> Respuesta a estímulos: <u>Si</u> Otros:

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR	
SUBJETIVO	OBJETIVO
Incluye su estado de ánimo para la sección de sus prendas de vestir: <u>No</u> Su autoestima es determinante en su modo de vestir: <u>No</u> Sus creencias le impiden vestirse como usted le gustaría: <u>No</u> Necesita ayuda para la sección de su vestuario: <u>Si</u>	Viste de acuerdo a su edad: <u>Si</u> Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: (Valorado en escala de Actividades de la vida diaria de Katz y escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton Anexo 8 y 9) Vestido Incompleto: <u>No</u> Sucio: <u>No</u> Inadecuado: <u>No</u> Otros:

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN	
SUBJETIVO	OBJETIVO
Frecuencia del baño: <u>Cada tercer día</u> Momento preferido para el baño: <u>Por la mañana.</u> Cuántas veces se lava los dientes al día: <u>2 veces al día.</u> Aseo de manos antes y después de comer: <u>Si</u> Después de eliminar: <u>Si</u> Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: <u>No</u> Actividades que puede realizar para el auto cuidado: <u>Bañarse y lavarse los dientes</u>	Aspecto general: <u>Limpia</u> Olor corporal: <u>Agradable</u> Halitosis: <u>No</u> Estado del cuero cabelludo: <u>Normal</u> Lesiones dérmicas tipo: <u>Si</u> (anote la ubicación en el diagrama)

<p>Características higiénicas de la vivienda especificar: Hábitos higiénicos que practica la usuaria en el hogar especificar: <u>Ninguno, es apoyada por familiares para realizar el aseo de su hogar.</u></p>	 <p>Otros: <u>(Valoración de riesgo de UPP de Norton anexo 14)</u></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Que miembros componen la familia de pertenencia: <u>(Red de apoyo Anexo 2)</u> Cómo reacciona ante una situación de urgencia: <u>Nada</u> Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar: <u>No</u> Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: <u>No</u> Familiares: <u>Cuando se sienten mal</u> Como analiza las situaciones de tensión en su vida: <u>Le comenta a sus hijos</u></p>	<p>Deformaciones congénitas: <u>Ninguna</u> Condiciones del ambiente en su hogar: <u>Tranquilo</u> Trabajo: Otros: <u>(Valoración de marcha y equilibrio(auxiliar de la marcha) y prueba de desempeño físico (prueba de equilibrio, velocidad de la marcha, prueba cronometrada de levántate y anda y extenuación física) anexo 11 y 12.)</u> <u>Valoración de abuso en el adulto mayor Anexo 16</u> <u>Valoración de riesgo de caídas anexo 10</u></p>

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Estado civil: <u>Viuda</u> Vive con: <u>Hijo y nuera</u> Preocupaciones/estrés: <u>Su hija</u> Familia: <u>El estado de salud de la paciente</u> Rol en estructura familiar: <u>Madre</u> Personas significativas para la usuaria: <u>Sus hijos</u> Comunica problemas debido a la</p>	<p>Habla claro: <u>Si</u> Confusa: <u>No</u> Dificultad de visión: <u>Si</u> Audición: <u>Si</u> Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Otros: <u>Valoración de órganos de los sentidos y memoria Anexo 3</u></p>

<p>enfermedad/estado: <u>No, porque no quiere preocupar a sus hijos</u> Cuanto tiempo pasa sola: <u>Siempre está acompañada de un familiar.</u> Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: <u>Cuando sus hijos la visitan.</u></p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	
SUBJETIVO	
<p>Creencia religiosa: <u>Católica</u> Su creencia religiosa le genera conflictos personales: <u>No</u> Principales valores en la familia: <u>El apoyo</u> Principales valores personales: <u>Que sus hijos tengan donde vivir</u> Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: <u>No</u> Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): <u>Ninguno</u> Permite el contacto físico: <u>Si</u> Otros:</p>	

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Trabaja actualmente: <u>No</u> Tipo de trabajo: <u>No aplican</u> Riesgos: Cuanto tiempo dedica a su trabajo: Está satisfecho en su trabajo: Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:</p>	<p>Estado emocional/ claro/ ansioso/ enfadado/ temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: <u>Depresión establecida.</u> Otros:</p>

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: <u>Ninguno</u> Recursos en su comunidad para la recreación: <u>No sabe</u> Ha participado en alguna actividad</p>	<p>Integridad del sistema muscular: Rechazo a las actividades recreativas: <u>No le gustaría bordar porque se aburre.</u> Estado de ánimo apático/ aburrido/ participativo: <u>Al iniciar la valoración se</u></p>

lúdica o recreativa: <u>No</u>	<u>muestra apática y conforme va progresando se muestra participativa.</u> Otros:
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
SUBJETIVO	OBJETIVO
<p>Nivel de educación: <u>3er año de primaria</u> Problemas de aprendizaje: <u>Ninguno</u> Limitaciones congénitas: <u>Ninguno</u> Preferencias de leer o escribir: <u>Leer porque no sabe escribir.</u> Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: <u>No</u> Intereses en el aprendizaje, para resolver problemas de salud: <u>Si</u> Existe la capacidad de la usuaria para la toma de decisiones: <u>Si</u> Otros:</p>	<p>Estado del sistema nervioso: Nervio olfativo I: Intacto, identifica distintos olores (café y vainilla). Nervio óptico II: no se observan lesiones en órbita y e existe perdida de la visión por catarata madura en ojo izquierdo y disminución en los campos visuales de ojo derecho. Nervio oculomotor o motor ocular común: existe adecuada movilidad de parpado superior y globo ocular. No hay una adecuada acomodación del cristalino por catarata ojo izquierdo. Nervio troclear IV: adecuado movimiento ocular sin signos de estrabismo. Nervio abducens VI: Con reacción pupilar, presentando anisocoria debido a midriasis en ojo izquierdo por catarata. Nervio V trigémino intacto fuerza muscular de la mandíbula +4, sensación en frente, mejillas y barba, reflejo corneal +. Nervio facial VII: intacto con movimientos faciales simétricos, gusto en la lengua anterior intacto (detecta sabor dulce, ácido y salado). Nervio acústico VIII: Presenta hipoacusia en ambos oídos, con prueba de equilibrio sin problema neurológico, no presenta vértigo. Nervio vago y glossofaríngeo IX y X:</p>

	<p>Intactos voz clara, fuerte, elevación de la úvula, capacidad para deglutir y toser, reflejo de arcada +, gusto intacto.</p> <p>Nervio espinal XI: fuerza muscular del cuello y hombros +4</p> <p>Nervio hipogloso XII: intacto arco de movimiento completo de lengua, línea media, sin atrofia ni fasciculación.</p> <p>Órganos de los sentidos: <u>(Valoración de órganos de los sentidos Anexo3)</u></p> <p>Estado emocional ansiedad dolor:</p> <p>Memoria reciente:</p> <p>Memoria remota: <u>(valorada memoria reciente y remota Anexo 3 y 4)</u></p> <p>Otras manifestaciones: <u>Prueba del reloj Anexo 5</u></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA			DOMINIO
	D*	PD**	I***	
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos M/P pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.		X		NUTRICIÓN
Incontinencia urinaria funcional R/C debilidad de las estructuras pélvicas de soporte M/P el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.		X		ELIMINACIÓN
Deterioro de la ambulación R/C estado de ánimo depresivo y miedo a las caídas M/P deterioro de la habilidad para subir escaleras y para caminar las distancias requeridas.		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Riesgo de intolerancia a la actividad R/C deterioro del estado físico		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Déficit de autocuidado: baño R/C deterioro musculoesquelético M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, para secarse el cuerpo y obtener los artículos de baño.		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C deterioro musculoesquelético M/P incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para manipular la ropa para la evacuación.		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Riesgo de confusión aguda R/C disminución de la movilidad y edad superior a los 60 años		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física y edad avanzada M/P UPPII sacro y talón derecho e izquierdo.			X	SEGURIDAD/PROTECCIÓN
Riesgo de caídas R/C edad superior a 65 años, historia de caídas, uso de andadera.			X	ACTIVIDAD/REPOSO
Disposición para mejorar el estado de inmunización			X	PROMOCIÓN DE LA SALUD

* Dependiente **Parcialmente Dependiente *Independiente

6.2. DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA			DOMINIO
	D*	PD**	I***	
Riesgo de sufrimiento espiritual R/C depresión		X		PRINCIPIOS VITALES
Desesperanza R/C prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento M/P disminución del apetito, en la verbalización, encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla.		X		AUTOPERCEPCIÓN
Déficit de actividades recreativas R/C entorno desprovisto de actividades recreativas M/P afirmaciones del paciente de que se aburre.		X		ACTIVIDAD/REPOSO
Trastorno de la percepción sensorial visual R/C alteración de la transmisión sensorial M/P cambio en la agudeza visual.	X			PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
Trastorno de la percepción sensorial auditiva R/C alteración de la recepción sensorial M/P hipoacusia en ambos oídos.	X			PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
Deterioro de la memoria R/C excesivas alteraciones ambientales M/P incapacidad para recordar acontecimientos y para retener nueva información.		X		PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

* Dependiente **Parcialmente Dependiente *Independiente

6.3. PLANEACIÓN

Agrupación de datos: para hacer más fácil la valoración, la agrupación de datos y la identificación de diagnósticos que respondan a las necesidades del paciente, el apoyo fue con la pirámide, misma que, conserva los 5 niveles de Abraham Maslow y se ubicaron en los cuadros las necesidades fundamentales de la persona bajo la teoría de Virginia Henderson.

Diagnóstico	Necesidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades • Incontinencia urinaria funcional • Deterioro de la ambulación 	Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Respirar • Nutrirse, hidratarse • Eliminar • Termorregulación • Dormir, descansar
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección • Riesgo de caídas • Deterioro de la memoria • Riesgo de confusión aguda • Trastorno de la percepción sensorial visual • Trastorno de la percepción sensorial auditiva • Deterioro de la integridad cutánea • Disposición para mejorar el estado de inmunización • Riesgo de intolerancia a la actividad • Déficit de autocuidado: baño • Déficit de autocuidado: uso del inodoro 	De seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Protegerse de enfermar y morir • Mantener la integridad de la piel • Actividad y ejercicio • Poder vestir ropas adecuadas
<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza 	Sociales (afiliación)	<ul style="list-style-type: none"> • Poder comunicar emociones, temores y opiniones. • Sexualidad y reproducción
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de actividades recreativas 	De auto-estima	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender lo necesario para el autocuidado de la salud. • Recreación y descanso
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de sufrimiento espiritual 	De auto-realización	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir según valores y creencias • Tener un trabajo que agrade.

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 2

Clase: 1

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades

FACTORES RELACIONADOS:

Factores biológicos (edad mayor a 65 años)

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none">▶ Ingestión de nutrientes.▶ Ingestión alimentaria.▶ Ingestión de líquidos.▶ Energía.▶ Relación peso/talla.▶ Hematocrito.▶ Hidratación.	<ol style="list-style-type: none">1. Desviación grave del rango normal.2. Desviación sustancial del rango normal.3. Desviación moderada del rango normal.4. Desviación leve del rango normal.5. Sin desviación del rango normal.	<p style="text-align: center;">MANTENER A: 22</p> <p style="text-align: center;">AUMENTAR A: 40</p>

INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

ACTIVIDADES

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
 - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
 - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional.
 - Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
 - Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso.
 - Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
 - Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.
 - Revisar con la paciente eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso.
 - Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados.
-

INTERVENCIONES (NIC): AYUDA PARA GANAR PESO

Facilitar el aumento de peso corporal.

ACTIVIDADES

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso.
 - Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
 - Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.
 - Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
 - Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión.
 - Crear un entorno social para el consumo de comida.
 - Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.
-

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Paciente C.M.P de sexo femenino

IMC

Calculo IMC y Peso ideal	EDAD	91 años
	PESO	41.600 kg
	TALLA	158 CM
	IMC	16.7 kg/ m ²
	PATRON DE EJERCICIO	Sedentaria

LABORATORIOS

ELECTROLITOS	RESULTADO	RANGO NORMAL
SODIO	137.20	137.0-148.0 mEq/l
CLORO	95.90	97.0-108.0 mEq/l
POTASIO	4.32	3.7-5.0 mEq/l
FORMULA ROJA		
ERITROCITOS	4.4	3.9-5.5 mill/mm ³
HEMOGLOBINA	12.6	12.5-17.0 g/dl
HEMATOCRITO	40.1	38.0-48.0 vol%
V.G.M	91.6	84.0-103.0 fl
C.M.H.G	31	30.0-37.0 %
H.C.M	29.9	27.0-32.0 PG
GLUCOSA	68.20	60-110 mg/dl

HORARIO DE ACTIVIDADES

8:00 am Se levanta
8: 15 am Consume:
1 taza de leche descremada
1 manzana
1 pza de pan
1 porción de gelatina
15: 00 pm 1 plato de sopa
3 tortillas
1 pieza de pollo (huacal)
1 vaso con agua natural
½ taza de calabaza
21: 00 pm 1 taza de leche descremada
1 pza pan dulce

No consume ningún suplemento alimenticio y refiere estar satisfecha con lo que consume.

CANTIDAD DE KCAL QUE ELLA CONSUME

REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA Y MACRONUTRIMENTOS					
Requerimiento energético	900 KCAL				
NUTRIMENTO	PORCENTAJE	KCAL		GRAMOS	
PROTEÍNAS	20 %	180		45	
LÍPIDOS	30 %	270		30	
HIDRATOS DE CARBONO	50 %	450		113	
TOTAL	100 %	900			
CALCULO					
GRUPO DE ALIMENTOS	EQUIVALENTES	ENERGÍA	PROTEÍNAS	LÍPIDOS	H DE C
VERDURAS	1	25	2	0	4
FRUTAS	1	60	0	0	15
CEREALES Y TUBÉRCULOS					
Sin grasa	4	280	8	0	60
Con grasa	2	130	4	10	15
LEGUMINOSAS	0	0	0	0	0
PRODUCTO DE ORIGEN ANIMAL:					
Muy bajo aporte de grasa	2	80	14	2	0
Bajo aporte de grasa	0	0	0	0	0
Moderado aporte de grasa	0	0	0	0	0
Alto aporte de grasa	0	0	0	0	0
LECHE:					
Descremada	2	190	18	4	24
Semidescremada	0	0	0	0	0
Entera	0	0	0	0	0
Con azúcar	0	0	0	0	0
ACEITES Y GRASAS:					
Sin proteína	0	0	0	0	0
Con proteína	0	0	0	0	0
AZÚCARES:					
Sin grasa	1	45	0	5	0
Con grasa	0	0	0	0	0
TOTAL		810	46	21	118
REQUERIMIENTO		900	45	30	113
ADECUACIÓN (%)		90	102	70	104

REQUERIMIENTO ENERGETICO

Estimación de energía según la OMS Mujer 1190 Kcal Con factor actividad 1540 Kcal

CÁLCULO: ESTIMACIÓN DEL GEB (gasto de energía Basal). FÓRMULA DE HARRIS-BENEDICT

MUJERES

$655.5 + 9.6 (P) + 1.85 (T) - 4.6 (E)$

$655.5 + 9.6 (56) + 1.8 (158) - 4.6 = 1066.8 \text{ kcal}$

$1000 \times 1.5 = 1500 \text{ kcal}$

P: Peso ideal en kg: 56kg

T: Estatura en cm: 158 cm

E: Edad en años: 91 años

Requerimiento de proteínas

$1 \text{ gr} \times \text{kg} + 16 = 57.6 \text{ gr} (58 \text{ gr}) \text{ proteína}$

$(58 \text{ gr} \text{ proteína}) (4 \text{ kcal}) / 1 = 232 \text{ kcal}$

Porcentaje de proteínas que debe consumir

$(232 \text{ kcal}) (100\%) / 1500 \text{ kcal} = 16 \%$

Requerimiento de líquidos

$(35 \text{ ml}) (41.6 \text{ kg}) = 1456 \text{ ml}$, distribuidos en todos los alimentos que consuma contando sopas, infusiones, caldillos, leche y agua natural.

CANTIDAD DE KCAL QUE DEBE CONSUMIR

REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA Y MACRONUTRIMENTOS					
Requerimiento energético	1500 KCAL				
NUTRIMENTO	PORCENTAJE	KCAL		GRAMOS	
PROTEÍNAS	15 %	225		56	
LÍPIDOS	30 %	450		50	
HIDRATOS DE CARBONO	55 %	825		206	
TOTAL	100 %	1500			
CALCULO					
GRUPO DE ALIMENTOS	EQUIVALENTES	ENERGÍA	PROTEÍNAS	LÍPIDOS	H DE C
VERDURAS	3	75	6	0	12
FRUTAS	3	180	0	0	45
CEREALES Y TUBÉRCULOS					
Sin grasa	7	490	14	0	105
Con grasa	0	0	0	0	0
LEGUMINOSAS	1	120	8	1	20
PRODUCTO DE ORIGEN ANIMAL:					
Muy bajo aporte de grasa	0	0	0	0	0
Bajo aporte de grasa	4	220	28	12	0
Moderado aporte de grasa	0	0	0	0	0
Alto aporte de grasa	0	0	0	0	0
LECHE:					
Descremada	0	0	0	0	0
Semidescremada	2	220	18	8	24
Entera	0	0	0	0	0
Con azúcar	0	0	0	0	0
ACEITES Y GRASAS:					
Sin proteína	5	225	0	25	0
Con proteína	0	0	0	0	0
AZÚCARES:					
Sin grasa	0	0	0	0	0
Con grasa	0	0	0	0	0
TOTAL		1530	66	46	206
REQUERIMIENTO		1500	56	50	206
ADECUACIÓN (%)		102	117	92	100

DISTRIBUCIÓN DE RACIONES

N° DE RACIONES		DESAYUNO	COLACIÓN 1	COMIDA	COLACIÓN 2	CENA
VERDURA	3	1		2		
FRUTA	3	1			1	1
C y T	7	2	1	2	1	1
LEGUMEINOSAS	1			1		
POA bajo aporte	4	2		1		1
LECHE	2	1	1			
A y G sin proteína	5	2		1		

DESAYUNO:

- Molletes con pico de gallo: (1 ración de C y T)
 - 1/3 taza de frijoles (1 ración de C y T)
 - 60 gr de queso Oaxaca (2 raciones de POA)
- Pico de gallo:
 - ½ pieza de jitomate bola picada (1/2 ración de verdura)
 - ¼ de cebolla picada (1/2 ración de verdura)
 - 2/3 de pieza de aguacate picada (2 raciones de A y G sin proteína)
- Ensalada de Kiwi
 - 1 ½ kiwi picado (1 ración de fruta)
- Leche
 - 1 vaso (240 ml) leche semidescremada (1 ración de leche)
- Té (infusión) sin azúcar.

COLACIÓN 1:

- Avena de hojuelas con leche:
 - ½ taza de avena de hojuelas (1 raciones de C y T)
 - 1 vaso (240 ml) de leche semidescremada.

COMIDA:

- Ensalada de brócoli, zanahoria y pollo al vapor con queso gratinado:
 - ¼ de taza de brócoli cocido (1 ración de verduras)
 - ½ taza de zanahoria cocida (1 ración de verduras)

30 gr de queso Oaxaca (1 ración de POA)

- Lentejas:

1/3 de taza de lentejas.

1 cucharadita de aceite vegetal (1 ración de A y G sin proteínas).

- Acompañado con pan integral con aguacate:

1 rebanada de pan integral de caja (1 ración C y T)

1/3 de pieza de aguacate (1 ración de C y T)

COLACIÓN 2:

- Duraznos:

2 piezas de duraznos (1 ración de fruta)

- Arroz cocido

½ taza de arroz cocido (1 ración de C y T)

CENA:

- Sándwich de queso panela:

2 rebanadas de pan integral de caja (2 raciones de C y T)

30 gr de queso panela (1 ración de POA).

1/3 de pieza de aguacate (1 ración de A y G sin proteína)

- Ensalada de melón:

1 taza de melón picado

Agua natural al gusto.

- 2 vasos de agua adicionales en el horario preferente de la paciente. ⁸

⁸ Pérez Lizaur Ana Bertha NC, Palacios González Berenice MC, Castro Becerra Ana Laura. Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. 3ª edición. México, D.F., julio del 2008. PP. 107

Justificación

“Las dietas están estrechamente asociadas con las principales causas de muerte en México, en particular con la diabetes, la enfermedad coronaria y el cáncer. Los factores de riesgo para una mala nutrición en el adulto mayor son múltiples y actúan en varias dimensiones. En cuanto a la dieta, el consumo de proteínas es particularmente relevante para el mantenimiento de la composición corporal y en particular el músculo esquelético. Por su parte, el consumo de frutas y legumbres determina la ingesta de fibra, vitaminas y oligoelementos y antioxidantes.

De acuerdo a la distribución de la población adulta mayor según consumo de alimentos, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000, de 85% a 90% de la población entrevistada consume diariamente alimentos que son fuente de proteína, 95% al menos una vez por semana. También, de 80% a 85% de la población consume frutas y verduras al menos tres veces por semana. Al interpretar los resultados conviene ser cautelosos, pues como la composición de la dieta suele tomarse como reflejo del nivel socioeconómico o de buenos hábitos, puede ocurrir una sobreestimación cuando el entrevistado pretende dar una imagen positiva de sí mismo. De acuerdo al estudio también se muestra cómo el panorama se hace menos optimista cuando se describe el consumo de acuerdo a lo que podríamos llamar “una dieta balanceada”, que incluye por igual fuentes de proteínas, frutas y verduras. Los porcentajes oscilan entre 75% y 80% para las mujeres y 64% y 80% para los hombres aunque en estos últimos se observa una mejora en la dieta conforme avanza la edad. Es también claro que esta población, especialmente las mujeres más longevas, depende mucho del consumo de lácteos para asegurar su ingesta proteica y tiene menos acceso a los productos de carne que son en general de elevado costo.”⁹

Los adultos mayores son un grupo de población muy vulnerable desde el punto de vista nutricional y en el que se dan con frecuencia problemas de malnutrición, tanto por exceso (obesidad) como por deficiencias específicas de nutrientes (desnutrición proteico-calórica, etc.), o también situaciones de riesgo nutricional.

“La dieta saludable es aquella que permite el mantenimiento óptimo de un estado de salud (tanto físico como psíquico) y, por lo tanto, tiene que satisfacer las necesidades nutricionales, psicológicas y sociales del mayor; es decir, la dieta debe alcanzar y cubrir los requerimientos de energía y de nutrientes, debe ser apetecible, y debe tener un valor social. Por lo tanto, en la planificación de una dieta hay que considerar aspectos nutricionales, sensoriales y sociales.”¹⁰

⁹ Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México SABE 2000. Publicación Científica y Técnica No. 608. Editorial Organización Panamericana de la Salud, El colegio de la Frontera Norte, Secretaría de Salud. Washington 2005. PP. 32-22

¹⁰ Gil Ángel. Nutrición y envejecimiento en: Tratado de Nutrición Tomo III Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. México 2010. PP 338-339

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 3

Clase: 1

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Incontinencia urinaria funcional

FACTORES RELACIONADOS:

Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

El tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Continencia urinaria	Reconoce la urgencia miccional	1. Nunca demostrado	MANTENER A: 20
	Patrón predecible del paso de orina.	2. Raramente demostrado	
	Responde de forma adecuada a la urgencia.	3. A veces demostrado	AUMENTAR A: 50
	Orina en un receptáculo apropiado		
	Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.		
	Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.	4. Frecuentemente demostrado	
	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.	5. Siempre demostrado	
	Vacía la vejiga completamente.		
	Capaz de manejar la ropa independientemente.		
	Capaz de usar el inodoro independientemente.		

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Ayuda a fomentar la continencia urinaria y mantener la integridad de la piel perineal.

ACTIVIDADES

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia.
 - Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
 - Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
 - Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza.
 - Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
-

INTERVENCIONES (NIC): EJERCICIOS DEL SUELO PELVICO

Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevadores del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria.

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
 - Enseñar a la paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar.
 - Enseñar a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, los que participan en la respiración o estirarse.
 - Asegurarse de que el individuo puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de contención no deseado.
 - Enseñar a la mujer a realizar ejercicios para apretar el músculo, practicando 30 contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según protocolo del centro.
 - Explicar a la mujer que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.
 - Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
 - Enseñar a la mujer a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
 - Comentar el registro diario de continencia con el individuo para proporcionar seguridad.
-

Justificación

Incontinencia transitoria o aguda

“Esta situación hace referencia a los casos de incontinencia de corta evolución (menos de 4 semanas), así como a aquellas situaciones en las que la pérdida de la continencia urinaria se considera como funcional, sin que necesariamente tenga que existir una alteración estructural responsable de ésta.”¹¹

Incontinencia de urgencia

Es la pérdida de orina precedida por el deseo urgente de orinar. La paciente manifiesta que cuando tiene deseo de orinar, no le da tiempo de llegar al baño o de retirar su ropa para miccionar. “Es un síntoma que se ve con frecuencia en las pacientes con cistitis, vejiga neurogénica o patología irritativa de la mucosa vesical, como los cálculos o cuerpos extraños dentro de la vejiga. Desde el punto de vista clínico, es muy importante diferenciar entre la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia. Mientras que la primera es de manejo quirúrgico, la segunda es de manejo médico. Adicionalmente, la primera sólo requiere como estudio demostrar la condición de hipermotilidad de la uretra. La incontinencia de urgencia puede tener orígenes múltiples y, por tanto, los pacientes requieren varios estudios para demostrar el factor de causalidad. La incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia pueden coexistir, en cuyo caso el paciente se clasifica con incontinencia mixta. En estos casos es preciso establecer cuál de las dos es el factor predominante y que afecta de manera más notable la calidad de vida del enfermo, para definir las estrategias de tratamiento.”¹²

Modificación de vestimenta:

Fue necesario modificar su vestimenta ya que la paciente regularmente usa vestido y bata, sin embargo se observó que tardaba mucho tiempo en subirse el vestido y sostenerlo para poder sentarse en el retrete, por lo que se le sugirió vestir con pantalones que no tuvieran botones o cierres, para facilitarle la movilidad y tener la libertad de sujetarse del barandal y no tener que sujetar la ropa.

¹¹ Macías Núñez Juan F. Incontinencia Transitoria en: “Geriatría desde el principio”. Editorial Glosa. Segunda edición. España 2005. PP. 196.

¹² Eslava Schumalbach Javier, Guevara Cruz Óscar, Gómez Cusnir Pablo. Incontinencia de Urgencia en: “Semiología Quirúrgica”. Universidad Nacional de Colombia. Colombia 2006. PP. 550

Ejercicios de Kegel para incrementar el desarrollo de los músculos perineales femeninos

“En las mujeres, el músculo transverso superficial del periné, el bulboesponjoso y el esfínter externo del ano, a través de su inserción común en el cuerpo perineal, forma bandas que se cruzan por encima del estrecho inferior de la pelvis para sostener el cuerpo perineal, como en los hombres. En ausencia de demandas funcionales relacionadas con la micción, la erección del pene y la eyaculación en los hombres, estos músculos no suelen estar tan desarrollados en las mujeres. No obstante, cuando lo están contribuyen a sostener las vísceras de la pelvis, y ayudan a prevenir la incontinencia urinaria por estrés y por prolapso de las vísceras pélvicas después del parto. Por lo tanto, muchos ginecólogos y profesores de clases de preparación para el parto recomiendan a las mujeres practicar los ejercicios de Kegel (llamados así por J. H. Kegel, un ginecólogo de los Estados Unidos del siglo XX). En estos ejercicios se aprende a utilizar los músculos perineales, por ejemplo, con interrupciones sucesivas de la micción. Las clases de preparación para el parto enfatizan el aprendizaje de la contracción y relajación voluntaria de los músculos perineales; de esta forma las mujeres están preparadas para resistir la tendencia a contraer la musculatura durante las contracciones uterinas, facilitando el pasaje del feto y disminuyendo la probabilidad de desgarro de los músculos perineales.”¹³

Son ejercicios destinados a la tonificación y el estiramiento de los músculos del suelo de la pelvis. Son ejercicios recomendables para cualquier mujer, con independencia de que esté embarazada o no, de que acabe de dar a luz o de su edad.

¹³ Moore Keith L. Dalley II Arthur F. Ejercicios de Kegel en: “Anatomía con orientación clínica”. Editorial Panamericana. Quinta edición. España 2006. PP. 466

Actividades

Diario miccional

PACIENTE: C.M.P			FECHA: 15/9/12	
Intervalo de tiempo	Micción voluntaria	Volumen	Escape involuntario	Motivo
6-8	No	400	Si	Por no levantarse.
8-10	Si	200	Ninguno	
10-12				
12-14	Si	200	Ninguno	
14-16				
16-18	Si	200	Ninguno	
18-20				
20-22	No	200	Ninguno	
22-24				
Noche	No	100	Si	Por no avisar y pedir asistencia

Número total de absorbentes utilizados: 4, principalmente por la noche

Ingesta de líquidos: 1000 ml

PACIENTE: C.M.P			FECHA: 15/10/12	
Intervalo de tiempo	Micción voluntaria	Volumen	Escape involuntario	Motivo
6-8	No	200	Si	Por no llegar al baño y quitarse el pañal.
8-10	Si	200	Ninguno	
10-12				
12-14	Si	200	Ninguno	
14-16				
16-18	Si	200	Ninguno	
18-20				
20-22	Si	200	Ninguno	
22-24				
Noche	Si	600	Ninguno	

Número total de absorbentes utilizados: 1 por la noche

Ingesta de líquidos: 1400 ml

PACIENTE: C.M.P			FECHA: 15/11/12	
Intervalo de tiempo	Micción voluntaria	Volumen	Escape involuntario	Motivo
6-8	Si	300	Ninguno	
8-10	Si	200	Ninguno	
10-12				
12-14	Si	200	Ninguno	
14-16				
16-18	Si	200	Ninguno	
18-20				
20-22	Si	200	Ninguno	
22-24				
Noche	Si	300	Ninguno	

Número total de absorbentes utilizados: 1 por la noche, por si tuviese algún accidente
 Ingesta de líquidos: 1400 ml

PACIENTE: C.M.P			FECHA: 15/12/12	
Intervalo de tiempo	Micción voluntaria	Volumen	Escape involuntario	Motivo
6-8	Si	300	Ninguno	
8-10	Si	200	Ninguno	
10-12				
12-14	Si	200	Ninguno	
14-16				
16-18	Si	200	Ninguno	
18-20				
20-22	Si	200	Ninguno	
22-24				
Noche	Si	300	Ninguno	

Número total de absorbentes utilizados: 1 protector de cama por si existiera algún accidente.
 Ingesta de líquidos: 1400 ml

Ejercicios de Kegel

- Enseñar a la paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar.
- Enseñar a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, los que participan en la respiración o estirarse.
- Asegurarse de que el individuo puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de contención no deseado.
- Enseñar a la mujer a realizar ejercicios para apretar el músculo, practicando 30 contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según protocolo del centro.
- Explicar a la mujer que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.(Ibíd.)

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 4 Clase: 2

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Deterioro de la ambulación

FACTORES RELACIONADOS:

Estado de ánimo depresivo y miedo a las caídas

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:

Deterioro de la habilidad para subir escaleras y para caminar las distancias requeridas.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Movilidad (0208)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantenimiento del equilibrio. ▶ Coordinación ▶ Marcha ▶ Movimiento muscular ▶ Movimiento articular ▶ Mantenimiento de la posición corporal ▶ Realización del traslado ▶ Ambulación ▶ Se mueve con facilidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>MANTENER A: 29</p> <p>AUMENTAR A: 40</p>
Movimiento articular de cadera (0216)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Flexión rodilla recta de 90° (d) ▶ Extensión de rodilla recta de 0° (d) ▶ Hiperextensión rodilla recta de 15° ▶ Flexión de rodilla doblada de 120° (d) ▶ Abducción de 45° (d) ▶ Abducción de 30° (d) ▶ Rotación interna de 40° (d) ▶ Rotación externa de 45° (d) ▶ Flexión rodilla recta de 90° (d) ▶ Extensión de rodilla recta de 0° (d) ▶ Hiperextensión rodilla recta de 15° ▶ Flexión de rodilla doblada de 120° (d) ▶ Abducción de 45° (d) ▶ Abducción de 30° (d) ▶ Rotación interna de 40° (d) ▶ Rotación externa de 45° (d) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal. 	<p>MANTENER A: 60</p> <p>AUMENTAR A: 75</p>

INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN

Estímulo y asistencia en la deambulaci3n para mantener o restablecer las funciones corporales aut3nomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n.

ACTIVIDADES

- Vestir al paciente con prendas c3modas.
 - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
 - Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia.
 - Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
 - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda (Andadera).
 - Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
 - Proporcionar un dispositivo de ayuda (Andadera) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien.
 - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulaci3n.
 - Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.
 - Animar al paciente a que est3 "levantado por su propia voluntad", si procede.
-

INTERVENCIONES (NIC): AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: AIVD

Ayudar y ensear a una persona a realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.

ACTIVIDADES

- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria. (realizar la compra, cocinar, dirigir la casa, lavar la ropa, utilizar transporte, manejar medicamentos, comunicarse y administrar tiempo).
 - Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar.
 - Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (poner barras para asirse en los cuartos de baar).)
 - Proporcionar t3cnicas que fomenten las capacidades cognitivas. (calendarios actuales).
 - Ensear al paciente y al cuidador lo que debe hacer en caso de que el individuo sufra una ca3da o cualquier otra lesi3n (como acudir a los servicios de urgencias, c3mo prevenir lesiones posteriores).
 - Determinar si la capacidad f3sica o cognitiva es estable o disminuye y si responde a los cambios realizados.
 - Ensear a la persona que ayude a realizar tareas de arranque de manera que el individuo pueda completar la misma (ayudar en la preparaci3n de alimentos, como cortar las verduras, colocar la ropa en un sitio f3cil de alcanzar).
-

Justificación

CAUSAS DE INMOVILIDAD

“Los factores causales que producen el cuadro de inmovilidad pueden ser físicos, como fatiga, dolor articular, vértigo y mareo, claudicación intermitente, impedimentos visuales o auditivos, etc. Puede haber factores psicológicos, como el miedo o temor a caer, o a volverá a caer; los factores ambientales como un mal calzado, una superficie peligrosa, el tráfico vehicular así como las escaleras, forman parte sólo de una muestra del universo de barreras que limitan la movilidad de los mayores.”¹⁴

CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD

“El proceso de envejecimiento se ve acompañado por un declinar de las capacidades vitales, como una disminución de la fuerza muscular, una menor capacidad aeróbica, una menor flexibilidad, una disminución de la resistencia ósea, una privación sensorial, etc. Además de esto, ciertas situaciones como el aislamiento, la hospitalización o la institucionalización en residencias de larga estancia pueden apresurar estos cambios.

El descondicionamiento general que produce la falta de movimiento se traduce en la sensación de cansancio crónica que acompaña a estos pacientes. La alteración del ciclo sueño-vigilia por dormir en horarios diurnos y de forma salteada, el cambio del ritmo y la cantidad de alimento ingerido, que propensa a la obesidad, la presencia de edemas periféricos, las úlceras por presión, son sólo algunas muestras del universo de complicaciones que acarrea la falta de movimiento.

Nos parece apropiado referirnos a cómo la combinación entre los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento junto a los efectos de una inmovilización prolongada, como pueden suceder en una situación de hospitalización o en una residencia, podrían desencadenar un conjunto potencial de efectos primarios y secundarios.

La reducción de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica, con la inmovilidad que implica la convalecencia en el lecho, se traduce en un descondicionamiento general, con el aumento del riesgo de caídas y la posterior dependencia que suele acarrear.

La inestabilidad vasomotora produce una reducción del volumen del plasma circulante, con el mayor riesgo de mareos y síncope ante reposos prolongados o cambios súbitos de posición, las fracturas y traumatismos son la consecuencia temida.

La reducción total del volumen de líquido corporal y la alteración en la sensibilidad vasomotora son agravantes del cuadro anterior.

La disminución de la densidad ósea se ve acelerada por el reposo o la institucionalización incrementándose el riesgo de fracturas.

La reducción en el volumen ventilatorio, reduce la pO₂, aumenta el volumen de las secreciones, dificulta su eliminación por la disminución del reflejo de la tos que actúa

¹⁴ Macías Núñez Juan F. Incontinencia Transitoria en: “Geriatría desde el principio”. Editorial Glosa. Segunda edición. España 2005. PP. 183-186.

como agravante, facilitándose de esta forma los cuadros de infecciones pulmonares graves”.(Ibíd.)

Actividades de la vida diaria

“Las AVD pueden ser consideradas como elementos que favorecen la estructuración del tiempo (en especial en contextos institucionales, en los que contribuyen a la creación de un ambiente terapéutico); como sostén de la autonomía personal; como forma de expresión de la capacidad de acción de cada individuo en el mundo; como mecanismo de adaptación al medio; como señas de identidad personal, sexual o social que forman parte de la propia subjetividad y favorecen el sentimiento de pertenencia a un grupo, o como símbolos en la economía psíquica de un sujeto. No seremos nosotros quienes limitemos la forma en que pueden ser contempladas y utilizadas por cada terapeuta ocupacional, sino que será más bien su capacidad de análisis, su formación y orientación, su creatividad y, sobre todo, el tipo de paciente y el encuadre en que trabaje los factores que lleven a cabo tal labor.

Las AVD, como partes constituyentes de la ocupación humana, participan especialmente en esta función de la ocupación, gracias a que delimitan los períodos de actividad diurna (y en consecuencia, los de descanso nocturno), pautando las actividades que se hacen o no durante el día.

Desde la perspectiva, en terapia ocupacional podemos utilizar las AVD como soporte o sostén de un ritmo o régimen de actividad que coadyuve a la organización del tiempo, tantas veces alterando como consecuencia de la misma enfermedad o discapacidad. Esta modalidad terapéutica tiene especial relevancia en el marco de instituciones de internamiento o residenciales en las que puede ser de gran valor, dado que fomenta la propia percepción del individuo como activo y útil.”¹⁵

- Con lo anterior se le invitara a la paciente a realizar por su propia voluntad estas actividades, explicándole a ella y a sus familiares la importancia de las AVD.
- Con el mismo instrumento de evaluación se realizaran observaciones que describan el comportamiento de la paciente y el nivel de dependencia de la paciente.

¹⁵ Moruno Millares Pedro, Romeo Ayuso Dulce María. Actividades de la Vida Diaria. Editorial ELSEVIER, MASSON. Barcelona 2006. PP. 18-19

Actividades

PACIENTE: C.M.P

FECHA: 10/10/12

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

1. Baño (Esponja, regadera o tina)
1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).
1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo
(Ej. Espalda o pierna)
0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.
Observaciones: Continua con apoyo en la regadera así como trasladarse de su habitación al baño

 2. Vestido
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.
0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.
Observaciones: Se brinda apoyo para vestirse, ya que al modificar su vestimenta con uso de pantalón le es difícil agacharse.

 3. Uso de Sanitario
1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).
1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.
0: Que no vaya al baño por sí mismo.
Observaciones: Es necesario vaciarle el cómodo y ayudarla a limpiarse, así como a quitarle y ponerle el pañal antes de dormir.

 4. Transferencias
1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).
1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.
0: Que no pueda salir de la cama.
Observaciones: Se le brinda apoyo para levantarse y sentarse.

 5. Continencia
1: Control total de esfínteres.
1: Que tenga accidentes ocasionales.
0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.
Observaciones:
Continua con accidentes, sólo por la mañana

 6. Alimentación
1: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.
1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.
0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.
Observaciones:
Se alimenta sola y con una mayor ingesta de alimentos.
-

Actividades

PACIENTE: C.M.P

FECHA: 10/11/12

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

1. Baño (Esponja, regadera o tina)
1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).
1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (Ej. Espalda o pierna)
0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.
Observaciones: Es capaz de bañarse sola y con apoyo de entrar y salir del baño.
2. Vestido
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.
0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.
Observaciones: Se brinda apoyo para vestirse, ya que al modificar su vestimenta con uso de pantalón le es difícil agacharse.
3. Uso de Sanitario
1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).
1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.
0: Que no vaya al baño por sí mismo.
Observaciones: Es capaz de ir sola al baño sin asistencia alguna.
4. Transferencias
1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).
1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.
0: Que no pueda salir de la cama.
Observaciones: Se vigila para que no tenga problemas al levantarse y sentarse por sí sola.
5. Continencia
1: Control total de esfínteres.
1: Que tenga accidentes ocasionales.
0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.
Observaciones: No ha tenido accidentes ocasionales
6. Alimentación
1: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.
1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.
0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.
Observaciones: Sin problemas

Actividades

PACIENTE: C.M.P

FECHA: 10/12/12

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

1. Baño (Esponja, regadera o tina)
1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).
1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo
(Ej. Espalda o pierna)
0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.
Observaciones: Sólo se vigila a la paciente para que no tenga accidentes.
2. Vestido
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia
1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.
0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.
Observaciones: Se brinda apoyo para vestirse.
3. Uso de Sanitario
1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).
1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.
0: Que no vaya al baño por sí mismo.
Observaciones: Sólo se vigila
4. Transferencias
1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).
1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.
0: Que no pueda salir de la cama.
Observaciones: Se vigila para que no tenga accidentes
5. Continencia
1: Control total de esfínteres.
1: Que tenga accidentes ocasionales.
0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.
Observaciones: Únicamente se le pone cubre colchón por si tuviera algún accidente
6. Alimentación
1: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.
1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.
0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.
Observaciones: Ninguna

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 11

Clase: 2

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Riesgo de caídas

FACTORES RELACIONADOS:

Edad superior a 65 años, historia de caídas, uso de andadera.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Ambular	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Soporta el peso ▶ Camina con marcha eficaz ▶ Camina a paso lento ▶ Sube escaleras ▶ Baja escaleras ▶ Camina distancias cortas (< 1 manzana) ▶ Anda por la habitación ▶ Anda por la casa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>MANTENER A: 17</p> <p>AUMENTAR A: 40</p>
Caídas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Número de caídas en bipedestación ▶ Número de caídas caminando ▶ Numero de caídas sentado ▶ Número de caídas de la cama ▶ Número de caídas durante el traslado ▶ Número de caídas al subir escaleras ▶ Número de caídas al bajar escaleras 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor de 10 2. 7-9 3. 4-6 4. 1-3 5. Ninguno 	<p>MANTENER A: 34</p> <p>AUMENTAR A: 35</p>
Conducta de prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Colocación de barreras para prevenir caídas ▶ Colocación de pasamanos ▶ Provisión de ayuda personal ▶ Proporcionar la iluminación adecuada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. Frecuentemente demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>MANTENER A: 12</p> <p>AUMENTAR A: 20</p>

Cognición	▶ Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad.	1. Gravemente comprometido	MANTENER A: 28
	▶ Comprende el significado de eventos y situaciones.	2. Sustancialmente comprometido	
	▶ Atiende	3. Moderadamente comprometido	
	▶ Se concentra	4. Levemente comprometido	
	▶ Está orientado	5. No comprometido	
	▶ Manifiesta memoria inmediata		AUMENTAR A: 55
	▶ Manifiesta memoria reciente		
	▶ Manifiesta memoria remota		
	▶ Procesa información		
	▶ Compara las alternativas al tomar decisiones		
▶ Toma decisiones apropiadas			

INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

ACTIVIDADES

- ▶ Identificar déficit cognoscitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- ▶ Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.
- ▶ Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.
- ▶ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- ▶ Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- ▶ Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
- ▶ Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- ▶ Proporcionar dispositivos de ayuda (barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
- ▶ Animar al paciente a utilizar un andador.
- ▶ Enseñar al paciente a utilizar un andador.
- ▶ Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- ▶ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- ▶ Enseñar al cómo paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- ▶ Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
- ▶ Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- ▶ Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- ▶ Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- ▶ Disponer de luz nocturna en la mesilla de noche.
- ▶ asegurar que el paciente lleve zapatos que no ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- ▶ Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, si procede, al salir de la cama.
- ▶ Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- ▶ Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- ▶ Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- ▶ Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluyan el andar.

Justificación

Factores de riesgo de caídas

“La importancia de las caídas radica en su potencial morbilidad y en su papel como marcador para detectar enfermedades subyacentes. Las caídas no tienen por qué ser algo inevitable en el anciano. Tienen sus propios factores de riesgo que debemos identificar para evitarlas. Los factores responsables de una caída pueden ser intrínsecos (relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivados de la actividad o del entorno).

Factores intrínsecos

Dentro de los factores intrínsecos de una caída incluimos las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las enfermedades tanto agudas como crónicas y el consumo de fármacos.

El control de la postura se obtiene cuando el individuo es capaz de mantener su centro de gravedad dentro de la base de soporte, habitualmente los pies. Este control está determinado por la aferencia sensorial (función visual, vestibular y propioceptiva), adecuado procesamiento de la información y eficaz respuesta efectora (músculos, articulaciones y reflejos). Una alteración a cualquier nivel aumentará la probabilidad de la caída.

Las caídas pueden ser la primera manifestación o, en otros casos, una manifestación atípica de enfermedades aguda. Esto hay que tenerlo muy presente en personas mayores, ya que no es infrecuente que las caídas sean la primera manifestación de una enfermedad. Así, las infecciones, sobre todo respiratorias o urinarias, o la insuficiencia cardíaca o respiratoria, la anemia puede debutar de esta forma. Es lo que se conoce como caída premonitoria.

Determinadas enfermedades crónicas que cursan con limitaciones funcionales de los órganos y sistemas implicados en equilibrio se asocian a un mayor riesgo de caídas.

Los fármacos desempeñan un papel muy importante en las caídas del anciano. Existen dos grandes grupos farmacológicos (psicofármacos y antihipertensivos) que intervienen en la etiología de muchas caídas. Sus mecanismos de acción son múltiples: depleción de volumen, alteraciones electrolíticas, deterioro del estado de alerta, hipotensión postural, disfunción vestibular, etc.

Factores extrínsecos

En la valoración de los factores extrínsecos hay que tener en cuenta el entorno o ambiente en que se mueve el anciano, así como su actividad. Entre las actividades más comunes asociadas a las caídas figuran levantarse y mantenerse en la cama, sentarse y levantarse de la silla, tropezar con objetos, bajar escaleras, etc.

Los factores de riesgo de caída en el medio residencial han sido muy estudiados. De los factores de riesgo extrínsecos podemos destacar las instalaciones inadecuadas

(suelos resbaladizos, ausencia de barras protectoras, barreras arquitectónicas) y los fallos del equipo asistencial.”¹⁶

Andador (andadera)

“El residente levanta o rueda el andador y lo pone aproximadamente 12 pulgadas delante de él. Las cuatro patas o ruedas del andador deben estar en el suelo antes de que el residente camine hacia el andador. El andador no se debe mover de nuevo hasta que el residente se haya adelantado con ambos pies y esté en una posición firme. El residente nunca debe poner sus pies delante del andador. El andador promueve la estabilidad y previene las caídas.”¹⁷

¹⁶ Macías Núñez Juan F. El anciano con Pérdida de Equilibrio y Caídas en: “Geriatría desde el principio”. Editorial Glosa. Segunda edición. España 2005. PP. 208-210

¹⁷ Fuzy Jetta. Andador en: Guía de Técnicas para Asistentes de Enfermería. Editorial Hartman Publishing. Inc. Nuevo México 2003. PP. 169

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P
FECHA: 17/09/2012

Dominio: 5 **Clase: 4**

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Riesgo de confusión aguda

FACTORES RELACIONADOS:

Disminución de la movilidad y edad superior a los 60 años

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Distorsiones de la percepción ▮ Emociones exageradas ▮ Trastornos del sueño ▮ Imagen corporal negativa ▮ Depresión ▮ Apatía 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. ninguno	MANTENER A: 21 AUMENTAR A: 35
	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Alerta disminuida ▮ Orientación cognitiva ▮ Atención disminuida ▮ Sentido cinestésico ▮ Autoestima ▮ Capacidad para actuar 	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 30

INTERVENCIONES (NIC): ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA

Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados

ACTIVIDADES

- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos.
 - Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
 - Proporcionar un calendario.
 - Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.
 - Hablar con el paciente.
 - Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
 - Disponer instrucciones orales y escritas.
-

INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA DE REMINISCENCIA

Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales

ACTIVIDADES

- Elegir un ambiente cómodo.
 - Disponer un tiempo adecuado.
 - Identificar con el paciente un tema para cada sesión (ej. Vida laboral).
 - Elegir un pequeño número de participantes adecuados para la terapia de grupo de reminiscencia.
 - Utilizar escucha eficaz y habilidades de atención.
 - Determinar qué método de reminiscencia (ej. autobiografía gravada).
 - Introducir estímulos a los cinco sentidos (música para el auditivo, álbumes de fotos para el visual, perfumes para el olfativo) dirigidos para estimular el recuerdo.
 - Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados.
 - Mantener el enfoque de las sesiones más sobre el proceso que sobre el resultado final.
 - Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.
 - Utilizar estímulos sensoriales, temas y técnicas de cultura del paciente.
 - Ayudar a la persona a recordar situaciones dolorosas, enojadas y de otro tipo negativo.
 - Ayudar al paciente a crear o añadir a un árbol genealógico o a registrar su historia ora.
 - Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si el paciente se aparta del tema.
 - Informar a los miembros de la familia acerca de los beneficios de la reminiscencia.
 - Ajustar la duración de la sesión mediante el grado de atención del paciente.
 - Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y su deseo de continuar.
-

Justificación

OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN EN LOS ENFERMOS CON DEMENCIA

“La finalidad principal de la estimulación cognitiva en los enfermos afectados de algún tipo de demencia debe englobarse en el marco de una actuación interdisciplinar que tiene como objetivo general la mejora de la calidad de vida, tanto del enfermo, como de los familiares que conviven con él. Y la premisa de esta mejora es el trabajo sobre las funciones cognitivas con el fin de frenar –incluso mejorar en determinados casos—el curso del deterioro progresivo (Jarvik y Winograd, 1988).

La estimulación cognitiva contribuye también a mantener al enfermo en un estado de actividad continuada, evitando los episodios de somnolencia y desconexión con el exterior, que son frecuentes a causa de la dificultad de estos pacientes en mantener el contacto con el exterior. De esta manera la estimulación ejerce un efecto socializante y de relación con todo aquello que envuelve a los enfermos, satisfaciendo las necesidades de comunicación con los demás y potenciando el procesamiento continuado de la información a través de los distintos canales sensoriales.

Las áreas que se trabajan en los programas específicos de estimulación de las funciones cognitivas pueden resumirse en las siguientes:

1. Lenguaje: la estimulación lingüística adquiere una relevancia espacial en las demencias por tratarse de una función facilitadora de la comunicación, que permite al enfermo participar en un mayor número de tareas grupales. En algunas demencias, como el caso de la Enfermedad de Alzheimer, los déficits de lenguaje ya se observan en fases muy iniciales del proceso de la enfermedad (Selnes y cols., 1988; Jordán y Junqué, 1992). La estimulación abarca el trabajo sobre:
 - La capacidad de denominación;
 - La comprensión auditiva;
 - La fluencia verbal;
 - La lectura y escritura de palabras de uso familiar en enfermos escolarizados.

Cuando se lleva a cabo el trabajo de estimulación del lenguaje, suelen ponerse también en funcionamiento otras habilidades cognitivas, como la memoria remota o la orientación en personas, por ejemplo.

2. Memoria: la estimulación continuada de las habilidades mnésicas pretende contribuir a mantener la información que el paciente todavía recuerda, así como la recuperación de información que en situaciones familiares ha dejado de utilizarse, pero que, en cambio, no se ha perdido todavía. Puesto que la

capacidad de aprendizaje y la retención a corto plazo son las funciones que más tempranamente se alteran en la mayoría de las demencias. (Tuokko & Crockett, 1989), la estimulación de la memoria se centra básicamente en la recuperación de recuerdos ya consolidados, es decir, en la memoria remota y su evocación.

En algunas demencias, como en la enfermedad de Alzheimer adquiere una especial relevancia la estimulación denominada “memoria emocional”, que permanece inalterada durante más tiempo que las restantes funciones mnésicas. Algunas técnicas específicas, como la musicoterapia puede resultar de especial utilidad para la estimulación de estos aspectos emocionales de la memoria.

3. Habilidades que implican percepción visual y coordinación visuomotriz: los enfermos con demencias en fases no avanzadas pueden desarrollar toda una serie de tareas visuomanuales, con el requisito de la presencia de una monitorización permanente. La falta de atención y concentración asociada con la demencia dificulta especialmente este tipo de trabajo, que al mismo tiempo, actúa sobre ella. La capacidad de participación de las personas afectadas de demencia en este tipo de ejercicios suele subestimarse con frecuencia, resultado especialmente alentador el comprobar que, no únicamente pueden desarrollar distintos tipos de manualidades sino que además disfrutan con su realización. La estimulación en este ámbito incluye todas las actividades que implican dibujo, pintura, reseguido de líneas, caminar entre cuerdas, labores, etc.
4. Razonamiento de cálculo y capacidad asociativa: el razonamiento, la capacidad para establecer asociaciones y categorías, y el cálculo son habilidades que se deterioran muy rápidamente en estos enfermos, sobre todo en el caso de la demencia de Alzheimer (Becker y cols., 1988). Pero en muchas ocasiones, a pesar de que la capacidad para verbalizar asociaciones o clasificaciones no existe, es posible observar cómo los enfermos son capaces todavía de establecer relaciones no verbales, como la clasificación por el color, la forma, o el emparejamiento de figuras, entre otras.
El cálculo complejo rápidamente se altera en las demencias, pero a través de la estimulación puede contribuirse a mantener durante más tiempo preservadas las habilidades más automatizadas.
5. Orientación y capacidad de establecer relaciones espaciales: la desorientación en tiempo, espacio y persona contribuyen a reducir considerablemente la autonomía de los enfermos y a generar alarma y ansiedad en los afectados y en sus familiares. Su estimulación será específica, a través del recuerdo diario de la información básica temporal y biográfica. La estimulación en este ámbito se encuentra integrada en ejercicios que contribuyen a estimular otros aspectos del funcionamiento cognitivo como el lenguaje o la memoria remota.”¹⁸

¹⁸ Yubero Santiago, Montañés Juan, Latorre José M., Larrañaga Elisa Envejecimiento, sociedad y salud. Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha, 1ª edición España 1999.250-254

TERAPIA DE REMINISCENCIA

“La reminiscencia como enfoque terapéutico aplicado en forma general, es la narración de los acontecimientos trascendentes en la vida de alguien. Las personas se benefician con la reminiscencia porque pueden aumentar un significado de continuidad entre el pasado y el presente, transmitir una herencia cultural, elevar su autoestima adquirir una mejor percepción de sus relaciones pasadas y actuales, conservar un sentido de historia, favorecer la interacción social y ayudar a resolver problemas en el presente al valorar las fuerzas que tuvieron para enfrentar situaciones difíciles en sus vidas.

Abarca diferentes modalidades: revisión de vida, historia oral, autobiografía, grabación de relatos, historias familiares, etc. La reminiscencia surge de manera espontánea en cualquier época de la vida, a través de interacciones informales o como parte de una actividad estructurada, ya sea a nivel individual o grupal. Sin embargo, es la vejez donde se acentúa más la necesidad de integrar la experiencia humana. Cuando se estimula al anciano a recordar los hechos y épocas que le fueron significativas, se le puede ayudar a valorar el sentido de su vida.

En el caso de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, la reminiscencia debe tomarse de una manera más sencilla y reducida, entendiéndose como una actividad terapéutica enfocada hacia los recuerdos positivos y placenteros, con la intención de revivir las emociones que se tuvieron con ellos, a la vez que se ejercitan otras funciones del paciente, ya sean mentales o físicas para ayudar a mantenerlas.

Dadas las características de la enfermedad, en las que las capacidades de los pacientes para recordar sucesos pasados permanece más clara que los acontecimientos presentes, estimular y utilizar los recuerdos de hace mucho tiempo facilita la comunicación, al mismo tiempo que rescata algunos de los beneficios de la reminiscencia, ya que incrementa su autoestima, favorece la interacción social, conserva un sentido de historia y de continuidad con el pasado y mejorar su calidad de vida.

La terapia de reminiscencia requiere de:

- Información acerca de los antecedentes biográficos y psicológicos del paciente para poder comprender su individualidad.
- Conocer sus preferencias en cuanto a gustos, intereses y pasatiempos.
- Disponibilidad de tiempo.

- Actitud de interés, respeto y empatía.
- Diferentes estímulos para motivar a los pacientes a compartir sus recuerdos.

Los estímulos pueden ser:

- Visuales: ver álbumes de fotografías, libros con imágenes, ya sea de arte o alusivos a la naturaleza, animales, históricos, etc., Tarjetas postales, revistas.
- Auditivos: oír música, lecturas acerca de lo que les interesa, grabación de poemas.
- Táctiles: manipular diferentes objetos y texturas. Acariciar un durazno, alisar diferentes telas: terciopelo, seda, yute.
- Olfativos: oler flores, perfumes, guisados, aromas de café tés de diferentes hierbas.
- Gustativos: saborear platillos especiales, dulces, frutas, galletas o panes recién horneados.

Estos estímulos son entradas para activar otros recuerdos y hacer asociaciones con personas, cosas, experiencias. La presentación de un solo estímulo provoca una reacción en cadena de diferentes recuerdos.

La reminiscencia ha demostrado ser un apoyo terapéutico que ayuda a las personas a encontrar significado en sus recuerdos. A través de recordar los sucesos pasados, la persona puede recuperar tanto la alegría como el dolor de su historia de vida y encontrar significado en sus experiencias pasadas.”¹⁹

¹⁹ Feria Marcela I. Terapia de reminiscencia en: Alzheimer: experiencia humana .editorial Pax México. Primera edición México 2005. PP. 124-127

ENTREVISTA DE REMINISCENCIA

Material:

- Fotografías
- Cojines que la paciente usó en otras etapas de su vida.
- Alimentos (mole rojo) y especias (comino) que utilizaba para preparar alimentos
- Video cámara
- Se pide apoyo de familiares para que apoyen a la paciente a recordar los lugares, personas y si es posible fechas.
- Instrumento impreso sobre las preguntas que se le realizarán.
- Reproductor de CD
- CD de música conocida por ella.
- Reloj

La entrevista se dividirá en bloques de 15 minutos para no fatigar a la paciente, los temas a tratar son: reconocer personas, reconocer objetos que ella misma realizó y regalo a diferentes personas, reconocer olores y reconocer sonidos familiares.

PREGUNTAS

1. ¿Qué personas reconoce en esta fotografía?
2. ¿En dónde están?
3. ¿Recuerda en que año fue tomada esa fotografía?
4. ¿Sabe que es esto (cojín)?
5. ¿Quién lo realizó?
6. ¿A quién se lo regalo y porque?
7. ¿Puede oler esto y decirme qué es (mole)?
8. ¿Recuerda que especias utilizaba para prepararlo?
9. ¿Puede oler esto y decirme que es (comino)?
10. ¿A qué alimentos le ponía esta especie?
11. Escuche la siguiente canción ¿Recuerda quién cantaba esta canción?
12. ¿Cuál es el nombre de la canción?

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 5 Clase: 3

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Trastorno de la percepción sensorial visual

FACTORES RELACIONADOS:

Alteración de la transmisión sensorial

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Cambio en la agudeza visual.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJOS DIANA
Función sensitiva: visión	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agudeza visual central (izquierdo). ▶ Agudeza visual central (derecho) ▶ Agudeza visual periférica (izquierdo) ▶ Agudeza visual periférica (derecho) ▶ Campos visuales centrales (izquierdo) ▶ Campos visuales centrales (derecho) ▶ Campos visuales periféricos (izquierdo) ▶ Campos visuales periféricos (derecho) ▶ Responde a los estímulos visuales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A: 45</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visión borrosa ▶ Sobrecarga ocular 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>MANTENER A: 2</p> <p>AUMENTAR A: 10</p>

INTERVENCIONES (NIC): CONSULTA

Uso de los conocimientos técnicos para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas permitiendo que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados.

ACTIVIDADES

- ▀ Identificar el propósito de la consulta.
 - ▀ Recoger datos e identificar el problema objeto del asesoramiento.
 - ▀ Identificar y aclarar las expectativas de todas las partes implicadas.
 - ▀ Proporcionar conocimientos técnicos a aquellos individuos que soliciten ayuda.
 - ▀ Implicar a los que solicitan la ayuda en todo el proceso de consulta.
 - ▀ Reaccionar profesionalmente ante la aceptación o el rechazo de las ideas.
-

INTERVENCIONES (NIC): FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

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

ACTIVIDADES

- ▀ Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
 - ▀ Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
 - ▀ Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
 - ▀ Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos cuidador principal.
 - ▀ Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
 - ▀ Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
 - ▀ Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
 - ▀ Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
 - ▀ Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
 - ▀ Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos y conductas del paciente.
 - ▀ Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.
-

INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

Recopilación interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

ACTIVIDADES

- ▀ Determinar los riesgos de salud del paciente.
 - ▀ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
 - ▀ Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
 - ▀ Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.
 - ▀ Vigilar esquemas de comportamiento respecto a la pérdida de visión.
 - ▀ Observar estrategias de resolución de problemas utilizadas por el paciente y la familia.
 - ▀ Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición visual del paciente.
-

Justificación

“Para muchas de las personas mayores, la parte más problemática de la senectud es la pérdida de habilidad sensorial. La mayor parte de la interacción social depende de respuestas sensoriales rápidas y precisas; sin embargo, los sentidos se vuelven más lentos y menos precisos cada década (Meisami y cols, 2003). La decadencia sensorial empieza ni bien termina la pubertad, aunque no suele notarse hasta la vejez. Estos déficits pueden volver a un anciano vulnerable y hacerle perder su autosuficiencia.

Las pérdidas visuales y auditivas pueden ser atenuadas con diferentes tipos de ayuda. Para ser más específico, aunque sólo el 10% de las personas mayores ve bien, la mayoría de las pérdidas visuales del envejecimiento primario pueden ser remediadas. Algunas correcciones sencillas incluyen luces más fuertes y colores más vívidos, porque con la edad disminuye la habilidad de ver contrastes. Otra ayuda son las gafas, generalmente dos pares (para leer y para ver de lejos) o bifocales, porque los ojos pierden capacidad para enfocar (Madden y Whiting, 2004).

Alrededor del 17% de la gente de más de 65 años y el 26% de los mayores de 75 padece problemas de visión más serios (no corregibles con anteojos), en general cataratas, glaucoma o degeneración macular (Houde, 2007);

Las cataratas involucran un engrosamiento de la lente, lo que causa la visión se vuelva borrosa, opaca y distorsionada. Tan temprano como a los 50 años, alrededor de 10% de los adultos padece este trastorno, con un 3% que experimenta pérdida parcial de la visión. Para los 70 años, el 30% tiene alguna pérdida visual por cataratas. Estas pérdidas son tratables al principio con anteojos y luego con cirugía ambulatoria, en la cual la lente borrosa es removida y reemplazada por una lente artificial.”²⁰

Como parte de las funciones de enfermería y como apoyo al paciente de manera económica y de bienestar se le brindaron cuidados con perfiles de medicina tradicional como se muestra a continuación.

Medicina tradicional indígena

“La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedades que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiado y organizado a lo largo de milenios. Esto es muy importante subrayarlo, porque algunas interpretaciones le restan su aporte respecto a la salud, dejando sólo su papel cultural.

Los puntos nodales que le dan racionalidad, sustento, cuerpo, relaciones e implicaciones son completamente diferentes a las del sistema médico occidental

²⁰ Berger. Vejez: desarrollo biosocial en: Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. México 2009. PP. 188-190

autodenominado “científico”, por ello, las intenciones de explicarlo o reducirlo, a través de este otro marco teórico-explicativo, produce deformaciones sustanciales que lo mutilan, lo muestran parcialmente volviéndolo incomprensible, restándole su coherencia propia, empañando sus aportes y riquezas como un sistema completo de salud.

Como todos los sistemas, es abierto y se encuentra en continuo movimiento y transformación. La medicina tradicional indígena como sistema, se relaciona con otros sistemas de salud, entra en competencia con ellos, se enriquece y se complementa. Estas interacciones contradictorias se dan a través de mecanismos de conflicto y tolerancia, que se mueven históricamente hacia y desde diferentes lados de la balanza. Como sistema también, posee su capacidad de adaptación de acuerdo con su libertad de movimiento, así como la de generar nuevos procesos que emergen y que implican capacidades difíciles de deducir por el análisis de algunas de sus características cuando se visualizan de manera aislada, simbolismo, elementos de ritualidad, herbolaria, entre algunos de sus componentes.”²¹

Como sugerencia de los familiares y disposición de la paciente se le aplicaron gotas en los ojos a la paciente para mejorar su visión con la planta *Sedum dendroideum* o siempreviva gruesa, siempreviva originaria del; Estado de México: medye (mazahua); Puebla: kanda chansa (popoloca).

Botánica y ecología.

“Es una planta de 30 a 50cm de altura. Tiene los tallos quebradizos, carnosos y gruesos, con abundante jugo. Las hojas son amarillo verdosas. Sus flores son amarillas y se abren primero las flores de adentro. Los frutos son secos y se abren. Es originaria de México, y habita en climas semicálido, semiseco y templado entre los 1350 y los 2750msnm. Planta cultivada en solares con fines ornamentales o medicinales, asociada a terrenos de cultivo, bosque tropical caducifolio, matorral xerófilo, bosques de encino, de pino y mixto de pino-encino.

Etnobotánica y antropología.

Son varios los usos medicinales que con frecuencia se hacen de esta especie, entre ellos destacan los problemas de los ojos. Así, se le recomienda en nube de ojos o carnosidades, irritación de los ojos y para el "enrojecimiento de la vista" (mal de ojos). También se usa en padecimientos de la boca como infecciones y quemaduras, escoriaciones (V. aftas), fuegos, úlceras, caries (V. picaduras) o piorrea, afecciones a nivel de encías o contra la tifoidea, el torzón o la disentería. Los sitios donde suele utilizarse medicinalmente son el Distrito Federal, Estados de México, y los estados de Guanajuato, Oaxaca, Puebla, Sonora y Veracruz.

²¹ Córdova Villalobos José Ángel. La medicina tradicional indígena en: Interculturalidad en Salud. Segunda edición. Dirección General de Proveeduría imprenta Universitaria. México 2009. PP. 99-100

También se le refiere como remedio para algunas enfermedades venéreas (V. purgación) o como anticonceptivo, en mezquinos, quemaduras, para tratar el mal de orín, el dolor de cabeza, fiebre, irritación, pies hinchados y para el escorbuto (V. mal de boca).

Se sugieren distintas formas de administración. Se exprimen las hojas para obtener su jugo cuando el uso es oftálmico. En otras ocasiones se recomienda masticar sólo las hojas, o la savia se aplica localmente con un algodón, sola o con un poco de agua, dando masajes, o bien, las hojas son puestas como chiquiadores, o en cataplasmas.

Historia.

En el siglo XVI Martín de la Cruz relata su uso como: antipirética, caustica, cicatricial y regenerativa, para las enfermedades de los ojos. El Códice Florentino la menciona para "inflamaciones de las tetas, calor de los ojos, para orinar y purificar la orina, para la calentura y las enfermedades de los ojos". Francisco Hernández en el mismo siglo refiere: es de naturaleza fría y húmeda, provechosa para los que tienen fiebre, cura las úlceras.

Más información aparece hasta el siglo XX cuando Maximino Martínez la describe como: antiescorbútica, caustica, dentífrica y para las enfermedades de los ojos. La Sociedad Farmacéutica de México repite la información proporcionada por Martínez.

Química.

Se determinó por primera vez en *Sedum dendroideum*, la presencia de un azúcar de 7 carbonos conocida como sedoheptulosa.

Se aisló el derivado anhidro de la sedoheptulosa, el sedoheptulosan, dos ésteres de un alcohol alifático y el esteroide beta-sitosterol.

Farmacología.

Se evaluó la actividad inmovilizadora y /o aglutinante en espermatozoides de humanos, ratas, conejos, cobayos y toros. Se observó una ligera inmovilización y/o aglutinación de los espermatozoides. Se encontró que las fracciones activas no fueron espermatocidas.

Comentarios.

Sedum dendroideum es una planta originaria de México de uso medicinal que data del siglo XVI que coincide con el actual en su aplicación para tratar afecciones de los ojos, al igual que otros de sus usos."²²

²² <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Siempreviva&id=749402/noviembre/2012> 22:52

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 5

Clase: 3

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Trastorno de la percepción sensorial: auditiva

FACTORES RELACIONADOS:

Alteración de la transmisión sensorial

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Hipoacusia en ambos oídos.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Función sensitiva: auditiva	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agudeza auditiva (izquierda) ▶ Agudeza auditiva (derecha) ▶ Conducción aérea del sonido (izquierda) ▶ Conducción aérea del sonido (derecha) ▶ Oye susurros a 15 cm del oído izquierdo (prueba de vos) ▶ Oye susurros a 15 cm del oído derecho (prueba de voz) ▶ Se gira ante los sonidos. ▶ Muestra interés por los estímulos auditivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A: 40</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acúfenos (izquierda) ▶ Acúfenos (derecha) ▶ Pérdida de la capacidad para distinguir una conversación del ruido ambiental de fondo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A: 15</p>

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LOS OIDOS

Revenir o minimizar las amenazas al oído o la audición.

ACTIVIDADES

- Observar si hay episodios de mareos asociados con problemas de oídos.
 - Comprobar si el cerumen en el canal del oído causa dolor o pérdida de audición.
 - Instilar aceite mineral en el oído para ablandar el cerumen impactado antes de la irrigación.
 - Irrigar el oído si está indicado.
-

INTERVENCIONES (NIC): MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DEFICIT AUDITIVO

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

ACTIVIDADES

- Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva.
 - Escuchar atentamente.
 - Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.
 - Acercarse al oído menos afectado.
 - Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.
 - Utilizar palabras simples y frases cortas.
 - Aumentar el volumen de la voz.
 - Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.
 - Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho.
-

INTERVENCIONES (NIC): AROMATERAPIA

Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías para clamar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y el confort).

ACTIVIDADES

- Obtener el consentimiento verbal para utilizar la aromaterapia.
 - Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado.
 - Antes de utilizar el aroma, determinar la respuesta del individuo al aroma elegido.
 - Empleo de la enseñanza y entrenamiento en el fundamento y la filosofía en el uso de aceites esenciales, modo de acción y cualquier contraindicación.
 - Observar si el individuo explica el nivel de estrés, humor y ansiedad antes y después de la administración si procede.
 - Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.
-

Justificación

“La pérdida auditiva relacionada con la edad, llamada *presbiacusia*, afecta a todos los adultos. La gente suele esperar alrededor de 5 años para consultar al otólogo una vez aparecidos los primeros síntomas. Para los 65 años, el 40% tiene dificultad para oír una conversación normal. Si se recomienda un audífono, entra en juego la discriminación por la edad. Mucha gente rechaza incluso audífonos pequeños, digitales y personalizados porque asocian cualquiera de tales dispositivos con la vejez (Meisami y cols., 2003).

Las personas que no escuchan bien y no logran mantener una conversación, no sólo pueden parecer viejos sino también dar la impresión de tener alguna deficiencia, y pueden ser excluidos de su ámbito social. Entonces la persona con dificultades auditivas puede recluirse. Incluso comparado con quienes tienen trastornos visuales, “los individuos con dificultades auditivas son confundidos a menudo con ser enfermos mentales... (Y) están más sujetos a la depresión, desmoralización e incluso a veces a sintomatología psicótica” (Butler y cols., 1998).”²³

Como se verá a lo largo del presente proceso, se utilizaron diversas terapias con base biológica como lo son la: aromaterapia, medicina herbolaria. “muchas de las listas de preparaciones herbolarias y otras terapias con base biológica hacen referencia a productos comunes de occidente. Se presta poca atención a las utilizadas en otros sistemas de salud, como los de las culturas autóctonas y la medicina tradicional china. El creciente número de estadounidenses cuyas familias provienen de países en donde las mezclas autóctonas con base en hierbas tienen uso tradicional a partir de la cultura ancestral, requiere de profesionales de la salud con mayores conocimientos acerca de hierbas y las terapias a partir de éstas, de esta forma será posible evitar interacciones entre hierbas y fármacos, a la vez de otras complicaciones.

Al igual que con otras terapias complementarias, la investigación sobre las cuales tienen base biológica va en aumento. Es más difícil conducir estudios sobre preparaciones herbolarias utilizadas en otras culturas, porque cada preparación corresponde a una mezcla de hierbas definida a partir de las características de cada paciente y de la naturaleza de la condición o enfermedad. La investigación relativa al uso de aceites esenciales comienza a revelar la eficacia de algunos de estos compuestos. Mientras los científicos exploren los bosques tropicales y los desiertos

²³ Berger. Vejez: desarrollo biosocial en: Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. México 2009. PP. 188-190

para encontrar productos naturales nuevos, seguirá creciendo el número incluido en esta categoría”.²⁴

Conoterapia

¿Cómo funciona la conoterapia?

“Realmente se utiliza la fuerza natural del fuego al introducir en la entrada del conducto auditivo una vela o cono hueco, fabricado con tela de algodón recubierta de aceites herbales, esencias, cera natural, o cera de abejas, la cual al consumirse por el fuego, inyecta suavemente humo y calor, el cual penetra por el oído hasta la garganta, cavidad nasal, senos paranasales, y por osmosis, llega hasta otras estructuras. Este humo lleva consigo las sustancias herbales y una temperatura que en conjunto desincrustan partículas y microorganismos que han estado ahí por años. También esta acción provoca que el cerumen o cerilla acumulado se derrita y aprovechando el efecto de chimenea que el fuego da la vela, provoca este cerumen en estado líquido y todas las demás sustancias suben por el canal auditivo hacia el interior de la vela o cono recordamos que es hueca y ahí se endurecen, el cono se retira y se apaga. Todo el proceso causa una profunda relajación acompañada por la Aromaterapia.

¿Cuáles son sus beneficios?

Los senos paranasales son cavidades dentro de algunos huesos de la cara, revestidos de mucosa y comunicados con las fosas nasales. Realizan importantes funciones, lo cual se traduce en una gran molestia cuando se infectan e inflaman, sinusitis. El organismo humano tiene el potencial de vibrar a 200,000 ciclos por segundo y se han observado que la persona promedio vibra muy por debajo de 20,000 ciclos por segundo, a menor vibración, menor capacidad para funcionar correctamente.

Al aumentar la frecuencia vibratoria de nuestro organismo con esta terapia se observan los siguientes beneficios que a continuación mencionamos: Agudización de la audición, el gusto, olfato, la percepción del calor, y otras funciones mentales como la creatividad.

Contribuye a lograr un balance emocional, permitiendo una regeneración del fluido energético en diversas áreas del organismo correspondiente a los planos físico y mental.

Desintoxica los senos paranasales frontales, maxilares, etmoidales y esfenoidales, de esta manera drena mucosidad y microorganismos tóxicos que en ella se desarrollan, causando en muchos casos sinusitis infección e inflamación en el interior de estas cavidades.

Esta técnica contribuye a la limpieza y desinflamación de estos y por ende a la disminución del dolor agudo en la frente, bajo los ojos y en general todos los dolores de cabeza y migraña que se originen por alteraciones en estas áreas. Se ha observado también una gran mejoría en los padecimientos en donde existe secreción constante de

²⁴ Snyder Mariah, Lindquist Ruth. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. 6ª edición. Manual moderno. México 2011. PP. 511

moco y agua como en la rinitis alérgica o fiebre del heno y en conductos lagrimales obstruidos con lagrimeo constante.

Comenzarán a disminuir los dolores antes mencionados: las personas que presentan dificultad para respirar por la nariz, notan como esta se despeja y les es posible respirar libremente y oxigenarse mejor. Algunos han olvidado ponerse sus aparatos para la audición en los días posteriores a las sesiones. Otros han liberado cargas emocionales que por mucho tiempo se mantuvieron reprimidas: los que manejan terapias energéticas y vibracionales, han reportado mayor percepción, mejor intuición, niveles más profundos de meditación y un aumento de energía al realizar sus terapias²⁵

Aromaterapia

“Styles (1997) la definió como la utilización de aceites esenciales con propósitos terapéuticos, incluyendo la mente, al cuerpo y al espíritu: ésta es una definición amplia y congruente con la práctica holística de la enfermería. Los aceites esenciales se obtienen a partir de distintas plantas de todo el mundo, pero no todas producen este tipo de aceites. Según la planta, es posible que el aceite esencial derive de flores, hojas, corteza, madera, raíces, semillas o cáscaras. La mayor parte de los aceites esenciales se obtiene mediante destilación al vapor de algún tejido específico de una planta. Los aceites esenciales de las cáscaras de los cítricos suelen obtenerse mediante expresión (similar al molido o raspado).

Base científica: La actividad farmacológica de los aceites esenciales comienza una vez que entran al organismo a través de los sistemas olfatorio, respiratorio, gastrointestinal o tegumentario. Todos los sistemas corporales pueden afectarse una vez que las moléculas químicas que constituyen los aceites esenciales llegan a los sistemas circulatorio y nervioso. Los compuestos de un aceite esencial entran en el sistema circulatorio, de manera independiente a la vía por la que se aplican (Tisserand y Balacs, 1995) los productos inhalados tienen un efecto más veloz, pero los compuestos que se absorben utilizando el masaje pueden detectarse en la sangre 20 min después de su aplicación (Jager, Bauchbauer, Jirovetz *et al.*, 1979).

Cuando se les inhala, las distintas moléculas de cada aceite esencial actúan como estimulantes olfatorios que viajan a través de la nariz hacia el budo olfatorio, y desde ahí los impulsos se desplazan hacia el sistema límbico en el cerebro.

Entre las regiones de dicho sistema, la amígdala y el hipocampo tienen particular importancia para el procesamiento de aromas. La primera, gobierna las respuestas emocionales, en tanto el segundo está involucrado en la integración y la evocación de memorias explícitas. El sistema límbico interactúa con la corteza cerebral y contribuye a la relación entre los pensamientos y los sentimientos; cuenta con conexión directa con las partes del cerebro encargadas de controlar la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración, los grados de estrés y las concentraciones de hormonas.”²⁶

²⁵ Conoterapia en: <http://www.universohumano.com/index>. 15/noviembre/2012 23:06

²⁶ Snyder Mariah, Lindquist Ruth. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. 6ª edición. Manual moderno. México 2011. PP. 511

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 11

Clase: 2

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Deterioro de la integridad cutánea

FACTORES RELACIONADOS:

Inmovilización física y edad avanzada

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

UPPII sacro y talón derecho e izquierdo.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Curación de la herida: por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aproximación cutánea ▶ Aproximación de los bordes de la herida. ▶ Formación de la cicatriz 	1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extremo	MANTENER A: 8 AUMENTAR A: 0
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Secreción serosanguinolenta de la herida. ▶ Aumento de la temperatura cutánea ▶ Olor de la herida 	1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno	MANTENER A: 12 AUMENTAR A: 15
Curación de la herida: por segunda intención	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Granulación ▶ Formación de cicatriz ▶ Disminución del tamaño de la herida. 	1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extremo	MANTENER A: 13 AUMENTAR A: 15
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Secreción serosa ▶ Costra ▶ Excavación ▶ Olor de la herida 	1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno	MANTENER A: 17 AUMENTAR A: 20

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Facilitar la curación de úlceras por presión

ACTIVIDADES

- ▀ Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio, 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 úlcera humedecida para favorecer la curación.
 - ▀ Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
 - ▀ Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
 - ▀ Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
 - ▀ Aplicar ungüentos, si procede.
 - ▀ Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
 - ▀ Asegurar una ingesta dietética adecuada.
 - ▀ Enseñar a los miembros de la familia los procedimientos adecuados de la herida.
 - ▀ Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según sea necesario.
-

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Recogida, análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores.

ACTIVIDADES

- ▀ Examinar si en la piel hay evidencia de poca higiene.
 - ▀ Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.
 - ▀ Examinar si hay cambios en las uñas de los dedos de los pies (espesor, infección fúngica, uñero y evidencia de adornos inadecuados).
 - ▀ Preguntar si se han observado cambios en los pies y la historia reciente o pasada de úlceras en el pie.
 - ▀ Determinar el estado de movilidad.
 - ▀ Examinar si en el pie hay evidencias de presión (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas).
 - ▀ Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
-

INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas

ACTIVIDADES

- ▀ Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
 - ▀ Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión.
 - ▀ Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
 - ▀ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
 - ▀ Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
 - ▀ Darse la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil.
 - ▀ Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.
-

Justificación

ÚLCERAS POR PRESIÓN: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

“Clasificación de úlceras por presión

Grado I: Eritema

Grado II: Ulceración superficial. Involucra la dermis.

Grado III: Ulceración que involucra al hipodermis pero no incluye músculo

Grado IV: Úlcera extensa que involucra músculo, articulaciones, bursa, hueso o cavidades corporales.

Tratamiento de úlceras grado II

Apolla rota con pérdida de la continuidad de la piel y sustancia

1. Limpiar con agua estéril.
2. Tomar muestra del exudado para cultivo.
3. Limpiar con agua estéril y jabón (sólo la primera vez o si hay contaminación con materia fecal).
4. Medición de la úlcera según manecillas del reloj.
5. El médico ordenará las medidas a seguir tales como: tipo de apósito hidocoloide o uso de otras sustancias.

Hidrocoloides

Las ventajas de la cicatrización de las heridas en un ambiente húmedo han sido reconocidas desde hace muchos años. Los apósitos hidocoloides constituyen en la actualidad una de las alternativas más efectivas para el tratamiento de las úlceras por presión ya que proporcionan el ambiente ideal requerido para el proceso de cicatrización.

Aunque existe alguna variación en cuanto a las diferentes opciones, los apósitos hidocoloides están básicamente confeccionados por una capa más externa de poliuretano oclusiva y semipermeable, y una capa interna de carboximetilcelulosa sódica en contacto directo con la úlcera. Los apósitos hidocoloides impiden la penetración de bacterias desde el medio externo. La característica de semipermeables, significa que permite la salida de vapores de agua y CO₂ desde el lecho de la úlcera hacia el medio externo.

Además, estos apósitos disminuyen la tención de oxígeno y por otro lado disminuyen el pH en la úlcera. Con esto se promueve la angiogénesis en el primer caso y, en el segundo, se reduce la presencia de ciertas bacterias tales como la pseudomona.

Ventajas y beneficios de los apósitos hidocoloides

- Reducen los índices de infección.
- Aceleran el proceso de cicatrización.

- Ocasionan menos daño a la remoción.
- Desbridamiento autolítico.
- Ofrecen mayor confortabilidad al usuario.
- Disminuyen el dolor.
- Eliminan malos olores.
- Mejor costo-efectividad.”²⁷

En este caso se inició el tratamiento con parche hidrocoloide el cual se utilizó por una semana, sin embargo los familiares decidieron utilizar miel de abeja para la curación de la herida, la cual se utilizó por tres semanas. Se colocaba con un abate lenguas una porción de miel cubriendo la ulcera por completo, y se cubría con gasa y micropore.

UTILIZACIÓN DE LA MIEL CON FINES TERAPÉUTICOS

“La miel posee actividad antimicrobiana, esencialmente frente a bacterias Gram positivas, debido sobre todo a su baja actividad de agua, bajo Ph, presencia de sistemas enzimáticos que generan peróxido de hidrogeno y sustancias fotoquímicas. Históricamente, las mieles se han usado para tratar muchas enfermedades; investigaciones recientes han confirmado científicamente su efectividad como:

- Cicatrizantes de heridas, quemaduras y úlceras de la piel.
- Agente antibacteriano de aplicación tópica en el tratamiento de acné y los accemas atópicos.
- Tratamiento de úlceras pépticas.”²⁸

“Los antiguos mayas también utilizaban esta miel para elaborar el balché, bebida considerada mágica en la que existen sustancias o principios activos de la planta Lonchocarpus (Leguminosae) con propiedades reconocidas. La miel era primordialmente ofrendada en los sacrificios y un medio indicado para establecer relación con lo divino.

En el Códice florentino se menciona a las abejas y avispas como insectos productores de miel; sin embargo, poco se dice sobre la Apis mellifera. Se sabe que fue a partir de la introducción de la raza italiana durante la Conquista, que se menospreció el cultivo de la abeja nativa en pro de la nueva especie, por ser de más fácil manejo y mayor rendimiento, con lo que se estableció un avance importante en la industria apícola. No obstante, la abeja prieta, nombre dado a la especie nativa ampliamente distribuida, era y es explotada de manera natural en troncos huecos, por los diferentes grupos étnicos del país.

²⁷ Morales Martínez Fernando. Úlceras por presión: prevención y tratamiento en: Temas prácticos en Geriatria y Gerontología. Tomo 1. Primera reimpresión. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica 2007. PP. 57-78

²⁸ Gil Ángel. Miel en: Tratado de Nutrición Tomo II Composición y Calidad Nutritiva de los Alimentos. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2010. PP. 242

En 1985, Crane refiere que la miel tiene efectos antibacteriales sobre Salmonella, Staphilococcus aureus, Micrococcus flavus y Bacillus cereus.

Al ponerse en contacto con cualquier fluido, la miel se diluye; la enzima glucoxidasa que contiene reacciona entonces con la glucosa para producir glucolactona y peróxido de hidrógeno. El peróxido de hidrógeno es inestable y se descompone, pero su continua producción le da a la solución de miel una propiedad bactericida.

Cabe también menciona que la miel se ha utilizado con éxito en hospitales europeos como cubierta quirúrgica, pues resulta más cómoda que la mayoría de los vendajes, debido a que no se pega a la piel y a las heridas por amputaciones, o a las heridas sumamente infectadas, en las úlceras por decúbito, úlceras de la piel y varicosas, y especialmente en heridas desgarradas difíciles de vendar. Incluso existen reportes empíricos de que las quemaduras que se untan inmediatamente con miel sanan bien, sin infección, y dejan menos cicatrices que las tratadas de otras formas. En México, en diversos hospitales del IMSS, también se ha informado sobre su uso exitoso como cubierta quirúrgica.”²⁹

²⁹ <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=miel%20de%20abeja> 04/12/2012 20:53

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 1

Clase: 2

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Disposición para mejorar el estado de inmunización

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Conductas de vacunación	<ul style="list-style-type: none">▶ Reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación▶ Describe los riesgos asociados con la vacuna específica▶ Aporta la cartilla de vacunación actualizada en cada visita▶ Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas▶ Describe medidas de control de los efectos indeseables de la vacuna▶ Reconoce la necesidad de comunicar cualquier reacción adversa▶ Confirma la fecha de la próxima vacunación	<ol style="list-style-type: none">1. Nunca demostrado.2. Raramente demostrado.3. A veces demostrado4. Frecuentemente demostrado.5. Siempre demostrado	MANTENER A: 5 AUMENTAR A: 35

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN

Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

ACTIVIDADES

- ▶ Informar al paciente de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley.
- ▶ Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de inmunizaciones administradas.
- ▶ Anotar la historia médica y de alergias del paciente.
- ▶ Conocer las contraindicaciones de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).

VACUNAS PARA EL ADULTO MAYOR

Vacuna contra la influenza, gripe

Características de la enfermedad

“Enfermedad viral infecciosa aguda de las vías respiratorias, que periódicamente produce brotes epidémicos limitados.

Se presenta súbitamente con fiebre alta, generalmente acompañada de mialgias, dolor faríngeo, postración y tos no productiva. La tos suele ser intensa y duradera, pero los demás síntomas son de curso limitado y la persona se establece en el término de dos a siete días.

Los casos más graves pueden llegar a ser mortales, lo mismo en adultos que en menores de edad por las complicaciones neumónicas que pudieran presentarse.

Agente etiológico: son los virus de la influenza; de ellos se conocen tres serotipos (A, B, C). El tipo A incluye tres subtipos (H1N1, H2N2 y H3N2) que han causado epidemias extensas y pandemias recientes; una de las características más notables de los virus de la influenza es que muestra cambios prácticamente constantes en sus antígenos. Estas variaciones se presentan permanentemente en el tipo A, son menos comunes en el B y no suceden en el tipo C.

Reservorio: el hombre es el único reservorio conocido de los virus griales tipo B y C. El tipo A puede infectar al hombre y a varios animales, particularmente aves y porcinos; sin embargo, se sospecha que los reservorios animales son fuente de nuevos subtipos del hombre, tal vez por recombinación en cepas humanas.

Modo de transmisión: se disemina de persona a persona mediante pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales o faríngeas. Al inhalarse, las partículas virales se sitúan en el epitelio pulmonar de las vías respiratorias y en este sitio se replican.

Vía de administración, dosis e intervalo de aplicación: la dosis es de 0.5 ml y se aplica por vía intramuscular, preferentemente en la región deltoidea del brazo izquierdo. La aplicación de la vacuna debe realizarse cada año en los meses previos a cada temporada invernal; puede aplicarse simultáneamente con la vacuna antineumocócica, pero en sitios separados y con diferentes jeringas.

Indicaciones

- Para la inmunización activa contra la infección por virus de la influenza se debe vacunar preferentemente a personas mayores de 60 años de edad y más, o a mayores de 6 meses de edad quienes deberán recibir la vacuna fraccionada.

- Está recomendada en personas que padecen afecciones pulmonares crónicas tales como bronquitis y enfisema crónico, asma bronquiectasias, tuberculosis pulmonar y fibrosis, afecciones cardíacas crónicas (enfermedad hipertensiva valvular), afecciones renales crónicas (nefritis crónica, pacientes con terapia inmunosupresora), pacientes con alteraciones metabólicas como: diabetes, anemia severa e inmunosupresión por enfermedad (incluyendo la infección por el VIH asintomática) o por tratamiento (recomendable en sujetos con trasplante), personas expuestas a un riesgo elevado de contagio por su profesión o situación epidemiológica.

Contraindicaciones

No aplicar

- En personas alérgicas a las proteínas del huevo, a las proteínas virales y a otros componentes de la vacuna.
- Ante la presencia de fiebre mayor o igual a 38.5° C.
- Haberse aplicado este biológico en menos de un año.
- En embarazadas, aun cuando los efectos de la vacuna sobre el desarrollo del feto no son conocidos.

Información para la persona vacunada

- Antes de aplicar la vacuna se le deberá proporcionar toda la información o recomendaciones pertinentes, esto con la finalidad de obtener su total atención y verificar que las instrucciones fueron entendidas.
- Informar a la persona vacunada que en las primeras 48 horas, después de la vacunación, puede presentarse febrícula de 38° C, dolor ligero en el sitio de la inyección, endurecimiento limitado o enrojecimiento.
- En caso de fiebre, debe bañarse con agua tibia, ingerir líquidos abundantes.
- En caso de molestia local en el sitio de aplicación de la vacuna, no dar masaje ni aplicar compresas calientes, ni medicamento alguno, ya que ésta desaparecerá espontáneamente.
- En caso de dolor, endurecimiento o enrojecimiento, aplicar únicamente compresas de agua fría en el sitio de aplicación de la vacuna.
- Si las molestias continúan o se agravan deberá acudir al servicio de salud más cercano.
- Informar a la persona vacunada sobre sus siguientes fechas para la aplicación de la vacuna y que no olvide traer su comprobante de vacunación.

Vacuna contra neumococo (Neumonía neumocócica)

Características de la enfermedad

Es una infección bacteriana aguda que se caracteriza por escalofríos, fiebre, dolor pleural, disnea y tos productiva con flema rojiza y mucopurulenta, taquicardia, malestar general y debilidad. En lactantes, las manifestaciones iniciales pueden consistir en vómito y convulsiones.

Agente etiológico: *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Aproximadamente entre 85 a 90% de las infecciones dependen de 23 serotipos de los 83 conocidos.

Modo de transmisión: se disemina de persona a persona mediante pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales o faríngeas.

Reservorio: el hombre.

Modo de transmisión: se disemina de persona a persona mediante pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales o faríngeas.

Indicaciones:

- Adultos con alto riesgo de infección neumocócica por disfunción esplénica, anemia de células falciformes, asplenia anatómica, esplenectomizados, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, alcoholismo, cirrosis, insuficiencia renal, fístulas de líquido cefalorraquídeo, enfermedad pulmonar crónica.
- Adultos sanos de 60 y más años de edad.
- Menores de edad con más de dos años con enfermedad crónica y riesgo de infección neumocócica como: anemia de células falciformes, esplenectomizados, estados asociados con inmunodeficiencias, fístulas de canal raquídeo, síndrome nefrótico.
- Adultos y menores de edad con más de dos años con infección con virus de la inmunodeficiencia humana.

Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación: vía subcutánea o intramuscular, en región deltoidea. Aplicar una dosis de 0.5 ml de solución inyectable, con un refuerzo cada cinco años. En pacientes hemofílicos se aplicará por vía subcutánea.

La vacuna puede aplicarse simultáneamente con la de influenza viral, pero en sitios separados y con jeringas diferentes.

Contraindicaciones

- Ante la presencia de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$.
- En personas con antecedente de reacciones severas a los componentes de la vacuna.
- Con antecedentes de aplicación de este biológico inferior a cinco años.

- Con antecedente de haber padecido la enfermedad.
- Embarazadas, aun cuando los efectos de la vacuna sobre el desarrollo del feto no son conocidos.
- Menores de dos años de edad.

No revacunar antes del tiempo establecido, ya que puede provocar reacciones locales severas.

Aplicar un refuerzo antes del tiempo establecido puede provocar el desarrollo de neumonía neumocócica posvacunal severa.

Recomendaciones a la persona vacunada:

- Antes de aplicarle la vacuna se le deberá proporcionar toda la información recomendaciones pertinentes, esto con la finalidad de obtener su total atención y verificar que las instrucciones fueron atendidas.
- Informar a la persona vacunada que en las primeras 48 horas, después de la vacunación, puede presentarse fiebre de 38°C, dolor ligero en el sitio de la inyección, endurecimiento limitado o enrojecimiento.
- En caso de fiebre, debe bañarse con agua tibia, no utilizar medicamentos, ingerir líquidos abundantes.
- En caso de molestia local en el sitio de la aplicación de la vacuna, no dar masaje ni aplicar compresas calientes, ni medicamento alguno, ya que ésta desaparecerá espontáneamente.
- En caso de dolor, endurecimiento o enrojecimiento, aplicar únicamente compresas de agua fría en el sitio de aplicación de la vacuna.
- Si las molestias continúan o se agravan deberá acudir al servicio de salud más cercano.
- Informar a la persona vacunada sobre sus siguientes fechas para la aplicación de la vacuna y que no olvide traer su comprobante de vacunación.

Tétanos

Características de la enfermedad

Es una enfermedad infecciosa aguda, producida por una exotoxina del bacilo tetánico, que prolifera en medios anaerobios en el sitio de una lesión. En ocasiones, los primeros síntomas son dolor y hormigueo en el sitio de inoculación, seguidos de espasticidad del grupo de músculos cercanos, y es posible que sean las únicas manifestaciones.

Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas de los maseteros, músculos del cuello y, posteriormente, los del tronco. Unos de los primeros signos son la rigidez abdominal, así como los espasmos generalizados. El paciente está despierto y alerta durante la enfermedad; la temperatura sólo se incrementa ligeramente. Es común la obstrucción de vías respiratorias. Pueden existir retención urinaria y estreñimiento por espasmo de esfínteres. El paro respiratorio y la insuficiencia cardíaca son acontecimientos tardíos que ponen en peligro la vida.

Agente etiológico: *Clostridium tetani*, bacilo Gram positivo esporulado que produce una potente neurotóxica (tetanospasmina): tiene predilección por el tejido del sistema nervioso central y prolifera en condiciones anaerobias, generalmente se establece a partir de esporas presentes en el ambiente en sitios seriamente lesionados.

La toxina tetánica se une a gangliósidos de las terminales nerviosas periféricas por medio del extremo carboxiterminal de su fragmento C. se interna, y a través del axón se transporta a la médula espinal donde, por un mecanismo desconocido, interfiere con la liberación de neurotransmisores y produce parálisis espástica, acompañada de convulsiones.

Reservorio: el intestino de los animales, incluido el hombre.

Modo de transmisión: esporas tetánicas, que se introducen en el cuerpo a través de heridas causadas por instrumento punzo cortante y contaminadas con tierra, polvo de la calle o heces de animales o humanas. No se transmite de persona a persona.

Período de incubación: de 3 a 21 días. Con un promedio de 10; en los neonatos lo más común es que sea de 5 a 14 días, y en promedio de 3 a 7.

Susceptibilidad: es general. Los recién nacidos de madres inmunizadas adquieren una inmunidad temporal por vía transplacentaria, que dura cinco meses aproximadamente. No hay inmunidad natural contra el tétanos.

Descripción de la vacuna

Es un producto biológico elaborado con una cepa toxigénica de *Clostridium tetani* que ha demostrado producir, después de destoxificada, una excelente actividad inmunogénica. Se produce un cultivo líquido estacionario, utilizando el medio de Latham. Dicha toxina produce anticuerpos.

Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación

Es intramuscular profunda en región deltoidea o en cuadrante superior externo del glúteo. La dosis es de 0.5 ml, y se aplica como refuerzo a los niños y niñas a partir de los 12 años de edad. Las personas no vacunadas o con esquema incompleto de vacuna pentavalente o DPT recibirán al menos dos dosis con intervalos de 4 a 8 semanas entre cada una, y revacunación cada 10 años.

En las mujeres de 12 a 44 años de edad se deben aplicar dos dosis. Iniciar con una dosis de 0.5ml, y aplicar la segunda dosis con intervalos de 4 a 8 semanas luego de la primera. Las embarazadas, si tienen dosis previas, se les debe aplicar una dosis por cada embarazo hasta completar cinco dosis, y revacunarlas cada diez años. En caso de las embarazadas que no cuenten con dosis previas, iniciarán el esquema durante el primer contacto con los servicios de salud o lo más pronto posible durante el embarazo.

Indicaciones

Inmunización activa a personas expuestas, a los que trabajan en áreas rurales, deportistas, menores en edad escolar, embarazadas y toda persona que resida en zonas tetanígenas. Y para la inmunización activa contra difteria y tétanos.

Personas mayores de cinco años de edad que por circunstancias especiales no completaron su esquema con pentavalente o DPT pueden recibir la vacuna.

Hombres y mujeres mayores de 45 años, una dosis por profilaxis en caso de heridas.

Contraindicaciones

- No suministrar a personas con hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.
- A personas con inmunodeficiencias, a excepción de la infección por el VIH asintomática.
- Padecimientos agudos febriles superiores a 38.5 °C y enfermedades graves.
- Historia de reacción grave de hipersensibilidad o eventos neurológicos relacionados con la aplicación de una dosis previa.
- Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar tres meses para ser vacunadas, salvo en aquellos casos de traumatismos con

heridas expuestas, ya que puede aplicarse, simultáneamente con antitoxina, independientemente de transfusión o aplicación de inmunoglobulina.

Eventos temporalmente asociados a la aplicación de toxoide tetánico diftérico

Locales: reacción inflamatoria leve o moderada, tumefacción o dolor en el sitio de la aplicación. El hidróxido de aluminio usado como adyuvante da lugar a la formación de un nódulo que puede persistir durante varias semanas y desaparecer espontáneamente.

Sintomáticos: en ocasiones se presenta malestar y febrícula, anorexia o irritabilidad que dura entre uno y dos días; además, podría presentarse urticaria, por hipersensibilidad al conservador. “³⁰

³⁰ López Ortiz Araceli Rosa. Vacunas para el adulto mayor en: Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación Actualización 2003. Primera edición. Consejo Nacional de Vacunación. México 2003. PP70-75

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 4

Clase: 4

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Riesgo de intolerancia a la actividad

FACTORES RELACIONADOS:

Deterioro del estado físico

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Tolerancia de la actividad	<ul style="list-style-type: none">▶ Color de la piel▶ Paso al caminar▶ Distancia de caminata▶ Tolerancia a subir escaleras	1. Gravemente comprometido	MANTENER A: 12
	<ul style="list-style-type: none">▶ Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)	2. Sustancialmente comprometido	
		3. Moderadamente comprometido	AUMENTAR A: 20
		4. Levemente comprometido	
		5. No comprometido	

INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA DE EJERCICIOS: MANEJO DE LA ENERGÍA
Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (horas de reposo en cama).
 - Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
 - ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena.
 - Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
-

Justificación

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS MAYORES

“Niveles recomendados de actividad física para la salud de 65 años en adelante

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT (Enfermedades no transmisibles), depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado

Actividad física para todos

Estas directrices son válidas para todos los adultos sanos de más de 65 años. También se aplican a las personas de esas edades con ENT crónicas. Las personas con determinados problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares y diabetes, pueden tener que tomar más precauciones y consultar al médico antes de intentar alcanzar los niveles recomendados de actividad física para los adultos mayores.

Los adultos mayores pueden acumular el total de 150 minutos semanales de diversas maneras.

El concepto de acumulación hace referencia a la meta de totalizar 150 minutos de actividad a base de intervalos de al menos 10 minutos cada uno a lo largo de la semana, por ejemplo realizando 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana.

Estas recomendaciones son válidas para todos los adultos mayores, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos.

Las recomendaciones son extensivas a los adultos mayores con discapacidad, siempre y cuando se adapten a cada persona en función de su capacidad de ejercicio, de sus limitaciones y de los riesgos específicos para su salud.

Los adultos mayores inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada también su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel" de actividad. Los adultos mayores que no siguen las recomendaciones de realización de actividad física deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

Efectos beneficiosos de la actividad física en los adultos mayores

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas:

- Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal.
- Tienen un perfil de biomarcadores más favorable para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y la mejora de la salud ósea, y:
- Presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves".³¹

³¹ http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/index.html 7/Noviembre/2012 10:55

Diario de actividades

Paciente: C.M.P

Fecha: 15/10/12

HORARIO	ACTIVIDADES
6-8	Duerme
8-10	Se levanta, va al baño, desayuna y se lava los dientes
10-12	Camina por periodos muy cortos de 3 a 5 minuto y si los familiares no se percatan realiza siestas de 15 min.
12-14	Se baña, camina lo que puede.
14-16	Come, se lava los dientes y deambula si esta de humor, sino prefiere permanecer sentada.
16-18	Si se aburre camina por pausas.
18-20	Si es posible realiza siestas
20-22	Cena, se lava los dientes y se va a dormir.
22-24	Duerme
Noche	

Paciente: C.M.P

Fecha: 15/11/12

HORARIO	ACTIVIDADES
6-8	Duerme
8-10	Se levanta, va al baño, desayuna, sale a caminar y permanece un rato en el patio y saludar a quien pasa y ayuda a limpiar la mesa donde desayuno.
10-12	Sale a caminar por periodos de 15 a 20 min y sale a visitar a una vecina Toma una colación.
12-14	Se le ayuda a bañarse, se lava los dientes, realiza una siesta de 15 min. y sale a caminar 15min.
14-16	Come y hace sobre mesa y se pone a bordar.
16-18	Camina un rato dentro de su hogar y borda o en ocasiones juega memorama con sus familiares.
18-20	Platica con sus familiares y borda. Toma su 2ª colación
20-22	Cena
22-24	Platica con sus familiares, va al baño para miccionar y lavarse los dientes realiza una oración antes de dormir.
Noche	Duerme

Paciente: C.M.P

Fecha: 15/12/12

HORARIO	ACTIVIDADES
6-8	Duerme
8-10	Se levanta, va al baño, desayuna, sale a caminar y permanece un rato en el patio y saludar a quien pasa.
10-12	Sale a caminar por periodos de 15 a 20 min y sale a visitar a una vecina Toma una colación.
12-14	Se baña, se lava los dientes, realiza una siesta de 15 min. y sale a caminar 15min.
14-16	Come y hace sobre mesa y se pone a bordar.
16-18	Camina un rato dentro de su hogar y borda o en ocasiones juega memorama con sus familiares.
18-20	Platica con sus familiares y borda. Toma su 2ª colación
20-22	Cena
22-24	Platica con sus familiares, va al baño para miccionar y lavarse los dientes realiza una oración antes de dormir.
Noche	Duerme y en ocasiones se levanta a miccionar hasta el baño

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 4

Clase: 5

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Déficit de autocuidado: baño

FACTORES RELACIONADOS:

Deterioro musculoesquelético

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Incapacidad para acceder al cuarto de baño, para secarse el cuerpo y obtener los artículos de baño.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Autocuidados: baño	<ul style="list-style-type: none">▶ Entra y sale del cuarto de baño.▶ Obtiene los suministros para el baño▶ Obtiene agua▶ Abre el agua▶ Regula la temperatura del agua▶ Regula el flujo del agua▶ Se baña en la ducha▶ Se lava la cara▶ Se lava la parte superior del cuerpo▶ Se lava la parte inferior del cuerpo▶ Se lava la zona perianal▶ Seca el cuerpo	<ol style="list-style-type: none">1. Gravemente comprometido2. Sustancialmente comprometido3. Moderadamente comprometido4. Levemente comprometido5. No comprometido	MANTENER A: 23 AUMENTAR A: 60

INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: baño.
Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

ACTIVIDADES

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
 - Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
 - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
 - Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios en el baño.
 - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú y productos de aromaterapia).
 - Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
 - Facilitar que el paciente se bañe él mismo.
 - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados.
-

JUSTIFICACIÓN (Actividades de la vida diaria)

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 4

Clase: 5

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Déficit de autocuidado: uso del inodoro

FACTORES RELACIONADOS:

Deterioro musculoesquelético

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para manipular la ropa para la evacuación.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Autocuidados: uso del inodoro	<ul style="list-style-type: none">▀ Reconoce y responde a la repleción vesical▀ Reconoce y responde a la urgencia para defecar▀ Entra y sale del cuarto de baño▀ Se quita la ropa▀ Se coloca en el inodoro o en el orinal▀ Vacía la vejiga o el intestino▀ Evacua▀ Se limpia después de orinar o defecar▀ Se levanta del inodoro▀ Se ajusta la ropa después de usar el inodoro▀ Se lava las manos después de orinar o defecar.	<ol style="list-style-type: none">1. Gravemente comprometido2. Sustancialmente comprometido3. Moderadamente comprometido4. Levemente comprometido5. No comprometido	MANTENER A: 34 AUMENTAR A: 50

INTERVENCIONES (NIC): AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO

Ayudar a otra persona en las eliminaciones

ACTIVIDADES

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
 - Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
 - Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
 - Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
 - Disponer intimidad durante la eliminación.
 - Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
 - Tirar de la cadena
 - Controlar la integridad cutánea del paciente
 - Apoyar con el aseo de manos
-

JUSTIFICACIÓN (Actividades de la vida diaria)

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 6

Clase: 1

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Desesperanza

FACTORES RELACIONADOS:

Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Disminución del apetito, en la verbalización; encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Autocontrol de la depresión	▶ Supervisa la capacidad para concentrarse	1. Nunca demostrado	MANTENER A: 16
	▶ Supervisa la intensidad de la depresión	2. Raramente demostrado	
	▶ Identifica factores precursores de depresión	3. A veces demostrado	AUMENTAR A: 40
	▶ Refiere dormir de forma adecuada	4. Frecuentemente demostrado	
	▶ Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión	5. Siempre demostrado	
	▶ Refiere mejoría del estado de ánimo		
	▶ Mantiene un peso estable		
	▶ Mantiene el aseo y la higiene personal		
Deseo de vivir	▶ Expresión de determinación de vivir	1. Gravemente comprometido	MANTENER A: 5
	▶ Expresión de esperanza	2. Sustancialmente comprometido	AUMENTAR A: 25
	▶ Expresión de optimismo	3. Moderadamente comprometido	
	▶ Expresión de sensación de control	4. Levemente comprometido	
	▶ Utiliza estrategias para mejorar la salud	5. No comprometido	

INTERVENCIONES (NIC): DAR ESPERANZA

Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida.
 - Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estadio temporal.
 - Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente sólo como una faceta de la persona.
 - Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
 - Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente.
 - Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente.
 - Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
 - Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
-

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 4

Clase: 2

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Déficit de actividades recreativas

FACTORES RELACIONADOS:

Entorno desprovisto de actividades recreativas

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Afirmaciones del paciente de que se aburre.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Motivación	<ul style="list-style-type: none">▶ Planes para el futuro▶ Desarrolla un plan de acción▶ Obtiene los recursos necesarios▶ Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos▶ Busca nuevas experiencias▶ Mantiene una autoestima positiva▶ Demuestra flexibilidad▶ Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción▶ Acepta las responsabilidades de las acciones▶ Expresa intención de actuar	<ol style="list-style-type: none">1. Nunca demostrado2. Raramente demostrado3. A veces demostrado4. Frecuentemente demostrado5. Siempre demostrado	MANTENER A: 14 AUMENTAR A: 50
Participación en actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none">▶ Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico▶ Elige actividades de ocio de interés▶ Expresión de satisfacción con las actividades de ocio▶ Control del propio ocio▶ Identificación de opciones recreativas	<ol style="list-style-type: none">1. Nunca demostrado2. Raramente demostrado3. A veces demostrado4. Frecuentemente demostrado5. Siempre demostrado	MANTENER A: 5 AUMENTAR A: 25

INTERVENCIONES (NIC): DISTRACCIÓN

Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

ACTIVIDADES

- 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 (p.ej., a través de la música, contando, viendo la televisión y leyendo).
 - Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según edad, nivel de desarrollo y uso eficaz en el pasado.
 - Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.
 - Aconsejar al paciente que practique la técnica de distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
 - Enseñar al paciente a dedicarse a la distracción (uso de equipo o materiales), si procede.
 - Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.
-

INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA DE ACTIVIDAD

Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).

ACTIVIDADES

- Colaborar con los terapeutas ocupacionales, físicos y/o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades, si procede.
 - Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.
 - Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente y/o actividades de pasatiempo favoritas.
 - Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
 - Ayudarle centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficit.
 - Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.
 - Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.
 - Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.
 - Ayudarle a programar períodos específicos de diversión en la rutina diaria.
 - Ayudar al paciente y/o familia a identificar déficit de nivel de actividad.
 - Enseñar al paciente y/o a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
 - Ayudar al paciente a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.
 - Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.
 - Ayudar al paciente/familia a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.
-

Justificación

LA RECREACIÓN EN LA EDAD AVANZADA

“La recreación en la edad avanzada es una actividad vital de todo ser humano, que parte del uso constructivo del tiempo libre a través de diversas vivencias y múltiples actividades recreativas manifestadas por medio del arte, la pintura, el deporte, la música, el canto, la poesía, el juego, etc. Actividades que practicadas en forma libre, voluntaria y planificada proporcionan a las personas mayores de edad un bienestar físico, mental, social, cultural y terapéutico.

Sin embargo, la recreación en personas mayores de edad no se deben considerar como una actividad estática sino como una fuerza interior movilizador de valores, sentimientos, sueños, deseos, acciones, pensamientos y esparcimientos, ya que en la recreación influye nuestro modo de ver y sentir la vida con más alegría, de amarnos más a nosotros mismos e interactuar con los demás.

La recreación forma parte fundamental de todo proceso de humanización y atención integral que requieren todas las personas añosas.

Tipos de recreación.

- **Recreación espontánea y libre**

Son todas aquellas actividades recreativas que se orientan o el viejo realiza cuando quiere o cuando le nace de una manera transitoria y espontánea sin saberlas preparado o planeado con anterioridad. El desarrollo de estas actividades puede resultar impreciso debido a que existen unos conocimientos recreativos adaptados a los ancianos participantes y a las realidades individuales.

- **Recreación planificada u organizada**

Son todas aquellas actividades recreativas que se amoldan a las características individuales de los ancianos y en las que se tiene en cuenta su estado de salud, necesidades, medicamentos, gustos, espacios físicos, implementos recreativos, etc. La más ideal y eficaz es la que involucra el total de ancianos participantes que interactúan; requiere, por tanto, de una mayor capacidad y manejo de grupo por parte del animador o recreador.

Definición y clarificación de términos recreativos.

Es importante definir y aclarar los siguientes términos: tiempo total, tiempo libre, tiempo de ocio activo y tiempo de ocio inactivo, para no presentar confusiones dentro de la recreación gerontológica.

- Tiempo total

Es todo el tiempo de que dispone una persona para llevar a cabo su vida cotidiana. Ejemplo: comer, dormir, trabajar, estudiar actividades sociales, etc.

- Tiempo libre o tiempo de recreación

Es todo aquel tiempo que resta del trabajo, alimentación, descanso, obligaciones profesionales, religiosas y políticas.

El tiempo libre no es todo el tiempo existente y el saber utilizarlo es tan importante para el hombre que lo que finalmente hacemos con él es lo que hacemos con nuestras vidas. Al tiempo libre se le llama tiempo humano o tiempo de recreación y en él damos rienda suelta a nuestros gustos, a nuestra imaginación y múltiples actividades recreativas como la lectura, el poder, la pintura, el baile, etc.

- Tiempo de ocio activo

Es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria, sea para divertirse, descansar, sea para desarrollar su información desinteresada, su participación social, tras haber liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales. Descanso, Diversión y Desarrollo son las famosas “TRES D” que vienen a delimitar los campos del ocio activo y sintetizar sus objetivos.

Entre sus elementos recreativos incluyen: tiempo libre, actitud con que se vive el tiempo libre y actividades recreativas.

- Tiempo de ocio inactivo

Es aquel tiempo que conduce al sedentarismo, el aburrimiento, la pasividad y el burdo consumismo que viven y afrontan muchas personas de edad avanzada. Este tiempo de ocio inactivo debe ser eliminado socialmente.

Sin embargo, es bueno aclarar el punto de vista gerontológico que utilizar cualquiera de los términos como: Recreación, tiempo libre y tiempo de ocio activo en la vejez son válidos siempre y cuando se fundamente en la realidad de las personas añosas.

Importancia y beneficios de las actividades recreativas

- Las actividades recreativas permiten liberarnos de la rutina, la inactividad y el sedentarismo.
- Nos brindan la posibilidad de socializarnos e interactuar con las demás personas, rompiendo así el aislamiento y la soledad.
- Nos posibilitan prevenir o retardar el proceso de envejecimiento.
- Nos permiten romper los choques intergeneracionales y estereotipos nocivos que van en contra de la vejez.

- Permiten que el anciano encauce la experiencia y liderazgo de manera positiva.
- Posibilitan ver la vejez de una forma más dinámica, útil, activa, productiva y socialmente participativa.
- Nos liberan de las tensiones físicas y psicológicas como el estrés, la ansiedad, la depresión, el estreñimiento, etc.
- Fomentan la solidaridad y reconciliación con quienes nos rodean.
- Ayudan a fomentar la imaginación y creatividad en el adulto mayor.
- Ejercitan la memoria, la atención, la inteligencia, la comprensión y la expresión oral.
- Expresan libremente las emociones, temores, alegrías, dificultades y pensamientos del anciano.
- Ayudan a integrar al anciano con personas de la comunidad, grupos voluntarios y con la familia.
- Posibilitan desarrollar sus potencialidades, destrezas y habilidades psicomotrices.
- Facilitan la obtención de recursos económicos.
- Permiten tener nuevas experiencias y conocimientos.
- Ofrecen planes para disfrutar y sentir la vida.
- Las actividades recreativas ayudan a elevar sus creencias religiosas y fe cristiana.
- Dan oportunidad para descubrir nuevos valores individuales.
- Las actividades recreativas permiten que los ancianos comuniquen a sus compañeros aspectos significativos de su vida; con el propósito de lograr un acercamiento de intercambio entre quienes no se conocen o están distantes.
- Hacen reflexionar acerca de temas de actualidad por medio de la lectura, periódicos o noticieros.
- Ayudan a subordinar intereses egoístas, creando más solidaridad y compañerismo.
- Predisponen a la persona mayor de edad a realizar actividades que antes no había hecho.
- Ayudan a involucrar al personal de la institución en las actividades recreativas que realiza el anciano.
- Mejoran el estado de ánimo y enriquecen la vida.
- Elevan su autoestima y le ayudan al viejo a tener más autodisciplina.
- Nos posibilita servirnos a nosotros mismos y a los demás.
- Ayudan a nuestra realización personal y a tener autonomía física y psicológica.

Actividades recreativas a implementar

1. Taller ocupacional (laborterapia)

Son todas aquellas actividades que el anciano ejercita, que lo hacen sentir útil y productivo y que además le posibiliten obtener una remuneración económica. Entre estas actividades tenemos: juguetería, tejidos, jardinería, bordados, costura, elaboración de escobas, traperos, panadería y otros. (La paciente eligió por voluntad propia bordado).

2. actividades psíquicas

Son todas aquellas actividades que ayudan al anciano participante a ejercitar la memoria, la atención, la concentración, la observación y la inteligencia, jugar ajedrez, desarrollar crucigramas, leer un libro de dinámicas grupales, etc.

3. actividades religiosas o teoterapia

Son aquellas actividades que incrementan su espiritualidad individual en el anciano participante y su fe en Dios. Entre las cuales tenemos: cantos litúrgicos, lectura de la Biblia, oraciones, ejercicios de relajación, terapia mental progresiva, temas frente a la muerte, los temores en la vejez, valores, la automotivación, dinámicas, etc.”³²

³² Murillo Julio César. Talleres recreativos para personas mayores. Editorial SELARE. Bogotá Colombia 2003.PP 23-46

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P

FECHA: 17/09/2012

Dominio: 5 **Clase: 4**

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Deterioro de la memoria

FACTORES RELACIONADOS:

Excesivas alteraciones ambientales

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Incapacidad para recordar acontecimientos y para retener nueva información.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Memoria	<ul style="list-style-type: none">▶ Recuerda información inmediata de forma precisa.▶ Recuerda información reciente de forma precisa.▶ Recuerda información remota de forma precisa.	<ol style="list-style-type: none">1. Gravemente comprometido2. Sustancialmente comprometido3. Moderadamente comprometido4. Levemente comprometido5. No comprometido	MANTENER A: 5 AUMENTAR A: 15

INTERVENCIONES (NIC): ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

Mejorar la memoria

ACTIVIDADES

- Discutir con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que 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 mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas.
 - Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales.
 - Proporcionar oportunidades de concentración, como el juego de emparejar cartas.
 - Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
 - Facilitar el uso de memoria de reconocimiento de imágenes.
 - Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.
 - Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.
-

6.4 EJECUCIÓN: PLAN DE CUIDADOS

Nombre: C.M.P
 FECHA: 17/09/2012

Dominio: 10 Clase: 3

Diagnóstico de enfermería NANDA

ETIQUETA:

Riesgo de sufrimiento espiritual

FACTORES RELACIONADOS:

Depresión

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Salud espiritual	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Expresión de confianza ▶ Expresión de esperanza ▶ Expresión de significado de la vida ▶ Expresión del punto de vista del mundo espiritual ▶ Expresión de serenidad ▶ Expresión de amor ▶ Expresión de perdón ▶ Oración ▶ Culto ▶ Experiencias místicas ▶ Participación en ritos y ceremonias espirituales ▶ Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>MANTENER A: 29</p> <p>AUMENTAR A: 60</p>
Afrontamiento de problemas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verbaliza aceptación de la situación ▶ Modifica el estilo de vida cuando se requiere ▶ Se adapta a los cambios en desarrollo ▶ Utiliza el apoyo social disponible ▶ Verbaliza la necesidad de asistencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>MANTENER A: 11</p> <p>AUMENTAR A: 25</p>

INTERVENCIONES (NIC): APOYO ESPIRITUAL

Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias

ACTIVIDADES

- ▀ Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
 - ▀ Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
 - ▀ Tratar al individuo con dignidad y respeto.
 - ▀ Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.
 - ▀ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
 - ▀ Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
 - ▀ Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
 - ▀ Alentar la asistencia a servicios religiosos.
 - ▀ Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo.
 - ▀ Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.
 - ▀ Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
 - ▀ Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
 - ▀ Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
-

INTERVENCIONES (NIC): FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

ACTIVIDADES

- ▀ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras personas significativas.
 - ▀ Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales.
 - ▀ Modelar habilidades saludables de relación y razonamiento.
 - ▀ Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
 - ▀ Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
-

Justificación

“Al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez, se apala a los recursos de que se dispone para hacer frente a las dificultades. Uno de estos recursos personales es la espiritualidad. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento. La palabra *espiritualidad* proviene del latín *spiritus*, la cual significa: “aliento de vida”, es una forma de ser y vivir que se produce a través de la conciencia, es la habilidad para relacionarse consigo mismo, con los demás y con lo sobrenatural de una manera que promueve la plenitud, y puede ayudar al anciano a enfrentar los desafíos de su vida (Levin, 2001).”³³

Con lo anterior se aterriza la intervención y preocupación de Enfermería por apoyar más a los pacientes con este tipo de problemas como lo ha hecho hasta el momento Jean Watson, como a continuación se muestra.

“EL CONCEPTO INTERPERSONAL (Jean Watson): Dirige el enfoque de la enfermería a cubrir las necesidades de la persona mayor a través de una relación de asistencia interpersonal. El enfoque es una filosofía asistencial interpersonal. El enfoque es una filosofía asistencial para guiar la actuación del enfermero. La asistencia que promueve la salud; acepta a los pacientes dondequiera que puedan estar en cuanto a su salud, su conocimiento de la salud y sus actividades sanitarias, y crea un entorno que permite a los pacientes elegir lo que consideran mejor para ellos. Watson considera la toma de decisiones como parte de la responsabilidad del paciente mayor. La actuación de enfermería es percibida como una actividad legítima basada en un enfoque científico-humanista, utilizando la asistencia como un marco para la actividad directa. Se aconseja a los enfermeros que traten a los adultos mayores de una forma positiva, con un enfoque integral, utilizando la fe y la esperanza de manera liberal. Watson opina que sin estos conceptos no sería posible establecer una relación interpersonal. A través de una relación positiva, el enfermero y el paciente pueden desarrollar la docencia y el aprendizaje, la ayuda y la confianza, y la aceptación de los sentimientos.”³⁴

³³ García Hernández María de Lourdes, Monroy Rojas Araceli, Karam Calderón Miguel Ángel. *Espiritualidad en el Adulto Mayor en: El cuidado de la vida y de la salud: una cosmovisión*. 1ª edición. Editorial Universidad Autónoma del Estado de México. México 2012. PP.143

³⁴ Burke Mary M. Walsh Mary B. *El concepto interpersonal en: Enfermería gerontológica Cuidados integrales del adulto mayor*. Segunda edición. Editorial Harcourt Brace. España 1998. PP 62

PLAN DE ALTA

Nombre del Paciente: C.M.P **Edad:** 91 años **Sexo:** Femenino

Objetivo del plan de cuidados: Programar la intervenciones que deberá de tomar en cuenta la familia y la paciente, en el entorno de su hogar para mejorar o evitar el deterioro de su salud.

Es necesario dar continuidad al plan de cuidados para continuar mejorando la salud y bienestar de la paciente, así como exhortar a sus familiares para que acuda con especialistas y determinar acciones en casos específicos como se describirá a continuación.

Intervención (NOC)	Observaciones
Estado nutricional	De acuerdo al plan alimenticio propuesto, la paciente aumento la ingesta de diversos alimentos, principalmente proteínas. La participación de los familiares fue de suma importancia ya que el cambio de hábitos alimenticios se derivó por incluir los gustos alimenticios de la paciente así como invitarla a que comiera con la familia reunida y no en su habitación como lo hacía posterior a la fractura de cadera. Por iniciativa la paciente realiza una oración antes de cada alimento principal.
Continencia urinaria	La paciente en un inicio se rehusaba a cambiar su vestimenta (uso de pantalón y suéter en vez de camisones o vestidos, sin embargo tuvo menos problemas para levantarse de su cama, inicialmente comenzó por levantarse para miccionar en una silla baño cerca de su cama, posteriormente dejo de utilizar pañal durante el día e inicio a ir al inodoro sin registro de accidentes durante el recorrido. Se les invito a los familiares de más confianza para la paciente revisaran que realizara el aseo posterior a la micción o evacuación, así como de no olvidar bajar la palanca del baño y el aseo de manos y cerrar las llaves de agua, los cuales olvidaba constantemente. Por su parte los familiares le realizaron una consulta médica para ver los resultados de examen general de orina el cual no prescribió ninguna recomendación. RECOMENDACIONES: Preguntar y observar a la paciente si presenta signos de infección como dolor, ardor en el tracto urinario, cambios en la orina, sensación de urgencia y frecuencia de la micción. Continuar alentando a la paciente a tomar más agua como se mencionó en el ajuste en su dieta.
Movilidad y movimiento	Se inició por identificar al familiar que tiene más empatía con la paciente para alentarla a levantarse de la cama apoyándola en

articular	<p>la incorporación no cargándola como se los pedía. Se le explico nuevamente el uso de la andadera y la importancia de deambular ya que no tiene problemas de equilibrio ni de dolor, así como de proporcionarle un ambiente seguro y de confianza.</p> <p>RECOMENDACIONES: Animar constantemente a la paciente a deambular ya que por iniciativa propia no realiza esta actividad así como brindarle seguridad con la andadera ya que tiene déficit visual y auditivo. Se vio gran mejoría en cuestiones de transferencia ya que se levanta sola de su cama, va al sanitario cuando lo cree necesario o se va sola al lugar de su agrado. Continuar invitándola a que apoye en labores que pueda realizar como pelar tomates, apoyarla con manejo de dinero y si es posible realizar llamadas telefónicas.</p>
Ambular, caídas, conducta de prevención de caídas y cognición.	<p>Como ya se comentó la ambulación ha mejorado considerablemente, hasta el momento ya es capaz de subir y bajar escaleras bajo supervisión. No ha tenido caídas y los familiares han adaptado barandales en baños para su apoyo, así como mantener iluminadas las habitaciones donde permanece y regular la luz en la noche por si necesitara levantarse.</p> <p>Como principales factores de riesgo de caídas son sus déficit visual y auditivo así como su deterioro cognitivo.</p> <p>RECOMENDACIONES: Acudir con médicos especialistas para realizar las correcciones necesarias a nivel sensorial y apoyar con actividades ya mencionadas para evitar caídas y aumento del daño.</p>
Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	<p>La paciente disminuyo considerablemente las horas de sueño durante el día, sin embargo si no es animada constantemente pierde la capacidad para tener iniciativa y se muestra apática, sin embargo se muestra accesible y participativa en actividades como juegos o charlas aunque al principio no muestre interés.</p> <p>RECOMENDACIONES: Continuar con juegos de memoria así como animarla a realizar nuevas actividades.</p>
Función sensitiva: visión y audición.	<p>Se les informo a los familiares sobre el problema de catarata ocular e hipoacusia que padece la paciente, así como las consecuencias de no corregir el problema.</p> <p>Se les brindo información a los familiares sobre opciones de sistemas de salud que apoyan al adulto mayor, en cuestión médica especializada y los beneficios que conlleva en corregir las deficiencias sensoriales.</p> <p>Fue necesario conocer los beneficios de la herbolaria mexicana, sin embargo se le explico a los familiares que la planta utilizada en los ojos no era un método concreto para disminuir el problema, sin embargo a la paciente le agrada la sensación que le provocan las gotas que se le aplican en los ojos.</p> <p>La realización de la conoterapia fue de agrado de la Sra. Pero</p>

	<p>se le explico a los familiares que aunque la paciente refirió una leve mejora en su audición es necesario que se le realice el procedimiento con mayor frecuencia y si se animan recurrir a un especialista.</p> <p>RECOMENDACIONES: Realizar una plática entre integrantes de la familia de la paciente para llegar a acuerdos sobre el cuidado, costos y beneficios sobre atender los problemas sensoriales de la Sra. C.M.P.</p>
Curación de la herida por primera y segunda intención.	<p>El primer acercamiento con la paciente y su familia esta era una necesidad que consideraban de alto riesgo por lo que dentro de sus conocimientos empíricos ya realizaban curaciones a las lesiones con miel de abeja, mi participación inicio con recomendar los parches hidrocoloides así como la adecuada higiene y manejo de las lesiones durante una semana. De tal modo que en conjunto se llegó al acuerdo de llevar la curación como se les había señalado a diferencia del parche, solo se utilizó miel ya que es de más bajo costo.</p> <p>Por mi parte cabe mencionar que la paciente no se encontraba en un medio hospitalario y a la información recopilada no existía alguna contraindicación. Las úlceras mejoraron en un lapso de 3 semanas, siendo tal vez la necesidad resuelta en menos tiempo.</p>
Conductas de vacunación	<p>La paciente definitivamente no recordó si por lo menos se aplicó alguna inmunización en los últimos años, por otro lado los familiares que están ahora como responsables niegan haberla llevado a vacunar durante los últimos dos años y desconocen si donde vivía anteriormente le llevaban algún control.</p> <p>Como primera actividad fue llevarla a un módulo de vacunación donde les explique su caso y consideraron oportuno no aplicarle la vacuna contra <i>pneumococo</i> ya que si ella se la aplico en un lapso menor a 5 años podría sufrir complicaciones a causa de la inmunización. También se le fue expedida una cartilla de vacunación, la cual se le entrego a los familiares y se les explico lo anterior para que ya tengan el registro.</p>
Tolerancia de la actividad	<p>Este problema es derivado de otros factores, principalmente emocionales, lo que conlleva a que es uno de los objetivos no resueltos y que requieren el máximo apoyo por parte de las acciones de enfermería y el apoyo de sus familiares. Físicamente en cuestiones articulares y signos vitales se encuentra en un nivel óptimo.</p> <p>RECOMENDACIONES: Es necesario alentar a la paciente desde que inicia el día para que se levante de su cama, ya que si no es así se niega a hacerlo. Apoyar en cuestión de seguridad, recordando las deficiencias sensoriales que padece.</p>

Autocuidados: Baño y uso del inodoro	Los avances en otros objetivos van desencadenando mejoras en otros, en el caso del autocuidado el factor fue dar confianza a la paciente y a los familiares de que puede realizar actividades de la vida diaria únicamente bajo supervisión y con los artículos necesarios ya que hace otras sin ningún apoyo como lavarse los dientes, vestirse etc...
Autocontrol de la depresión y deseo de vivir	Objetivo aun no resuelto, ya que de acuerdo a la valoración realizada se muestra una clara depresión establecida, en ocasiones pierde la esperanza y llego a hacer comentarios de no querer vivir. RECOMENDACIONES: Se le pide a los familiares ser tolerantes, empáticos y si así lo deciden acudir a sesiones psicológicas así como respetar sus creencias, además de apoyar a realizar actividades que la mantengan distraída.
Motivación y participación en actividades de ocio. Memoria	Se le pregunto a los familiares sobre las actividades que realizaba la paciente durante su vida activa y una en especial le agrada mucho y es bordar, es una actividad acorde a su edad y posibilidades la ventaja es que se interesó en algo, sin embargo le dedica mucho tiempo así como tiende a agudizar su problema de visión. Por otra parte también se le proporcionaron juegos de memoria y se les explico la importancia de realizar estas actividades pero únicamente lo juega cuando enfermería esta presente, si no es así se niega a realizarlo con sus familiares. RECOMENDACIONES: Se les pide a los familiares tratar de insistir de manera empática y si gustan tener la iniciativa de proponer actividades que cumplan la necesidad de la paciente evitando el progreso de la pérdida de memoria y deterioro cognitivo.
Salud espiritual y afrontamiento de problemas	Objetivo que funciono para que existiera un mayor acercamiento entre paciente-familia y paciente-ambiente social, actuando como motivación para que la paciente tuviera ánimos de salir de su casa e interactuar con personas fuera de su centro de comodidad.

CONCLUSIONES

Una de las características que define a la enfermería es la utilización de una metodología propia, como en cualquier disciplina profesional, sin embargo lo que nos diferencia de otras ciencias es el enfoque humanista, que como tal, no lo debe dejar a un lado una profesión dedicada al cuidado. Como se observó el modelo de Virginia Henderson cuenta con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, por lo tanto es un modelo que permite dar atención de calidad tanto en un entorno hospitalario como en un primer nivel de atención, así que se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las necesidades biológicas en un adulto mayor son las que determinan el proceso de envejecimiento de cada persona, por ejemplo, la paciente tenía un desorden alimenticio y un retraso en la rehabilitación de su cirugía, que a la vez le impedía moverse, pero en realidad eran problemas que ya estaban latentes, desde que comenzó a disminuir su ingesta de alimentos, es decir: “aunque la moderna gerontología confirma de modo concluyente el carácter fisiológico del proceso de envejecimiento humano, no es menos cierto que la caída de la vitalidad, igualmente fisiológica, con el paso de los años y entendida como la capacidad para hacer frente a las necesidades biológicas condiciona una mayor vulnerabilidad en las personas mayores y, por ello, una mayor prevalencia de situaciones de enfermedad e incapacidad. Así el envejecimiento será *fisiológico* “cuando se cumplan parámetros biológicos aceptados para los distintos tramos de edad y se mantenga la capacidad de relación con el medio social”. ³⁵
- Otro punto de suma importancia es la necesidad de seguridad, ya que al igual que las biológicas son derivadas de un carácter fisiológico del proceso de envejecimiento, que a la vez representan uno de los problemas más importantes dentro de la geriatría, ya que aumentan el nivel de morbilidad en este sector de edad. La deficiencia en esta necesidad como se vio desencadena lesiones, incapacidad, aislamiento incluso no fue el caso pero podría llegar a la muerte.
- La necesidad de tener redes sociales y de apoyo, son importantísimas tanto en un medio hospitalario y como en este caso, que fue su hogar, ya que toda persona, ya sea de cualquier edad mantiene una red de relaciones sociales; el sentido de pertenencia, la independencia, incluso la intimidad son parte de las

³⁵ Macías Núñez Juan F. Incontinencia Transitoria en: “Geriatría desde el principio”. Editorial Glosa. Segunda edición. España 2005. PP. 196.

relaciones sociales ya sea dentro de la misma familia o la comunidad. Este factor influyo en el progreso de la rehabilitación de la paciente, ya que para ella existen personas con las cuales se sentía más cómoda y que aparentemente se contaba con más personas que permitirían continuar con el plan de cuidados, pero no fue así ya que la red de apoyo se vio limitada de manera que; “el resultado de una red social y de apoyo social óptimo es la integración social, el ajuste y el bienestar del anciano en el contexto donde se desenvuelve. Es importante no confundir las redes sociales con los sistemas de apoyo. Tener una familia con muchos miembros sólo es señal de una red social extensa, pero puede no significar nada como sistema de apoyo si cuando se necesita no se obtiene apoyo emocional, económico, etc. (ibíd.)

- La autoestima en un adulto mayor juega un papel de alto riesgo ya que de primera intención puede ser ocultado tanto por los familiares hasta por el mismo paciente, los antecedentes familiares de la paciente fueron el detonador de una serie de sucesos traumáticos, haciendo que el problema de fractura de cadera se somatizara en un problema físico que se convirtió en un problema emocional y de inmovilidad muy grave, por lo que el papel que desempeña el personal de enfermería se destaque a diferencia de los otros profesionales de salud y sobre todo nos llevó al paradigma de la transformación. Fue necesario poner atención a las necesidades que no se curan con medicina occidental y saber que: “los sentimientos derivados de las relaciones interpersonales pueden variar de persona a persona, pero se consideran que son esenciales para la adecuada integración del individuo al pasar de la madurez a la senectud, significando la ausencia de cualquiera de ellos un grave peligro para el reajuste personal”³⁶.
- La necesidad de autorrealización es un factor visto desde el exterior, con mucho respeto, pero sin darle la relevancia a la “fe”, de tal manera que se dejaba a un lado el cuidado holístico y estaba saliendo del cambio de mentalidad de la Enfermería. Esta necesidad permitió conocer a la paciente desde una perspectiva de motivación, emoción y empatía, haciendo que se lograran los objetivos propuestos. “entre las principales situaciones que debe enfrentar el adulto mayor y que implican aspectos que atañen directamente a su espiritualidad podemos nombrar: la pérdida de la autoestima, el cambio del modo de vida familiar, la sensación de una vida prolongada y sin sentido, la pérdida de significados, la falta de encuentros gratuitos, la pérdida de las capacidades de fácil adaptación, la pérdida de seres queridos y referenciales.

³⁶ Perlado Fernando. Teoría y práctica de la Geriatria. Editorial Díaz de Santos. Madrid España 1995. PP 30

Todas estas situaciones implican una situación espiritual, y con ello, un modo de enfrentarlas adecuadamente o no.

Cuando pensamos en las prácticas que mantienen una vida de calidad en los adultos mayores, es fundamental tomar en cuenta aquello que aglutina y armoniza todas las demás facetas: la espiritualidad.

Según el clásico esquema de organización de la atención al paciente, las acciones se desarrollan en el marco de las necesidades descubiertas en la persona.³⁷

Sin duda el proceso de Enfermería es una herramienta de mucho apoyo para el desarrollo de los cuidados, debido a que permite ampliar el panorama de las necesidades que se tienen como ser humano y no solo enfocarse a padecimientos físicos, ya que al ver las repercusiones que tuvieron las necesidades de autorrealización sobre las fisiológicas.

El principal soporte que se le puede dar a un adulto mayor es el de apoyarlo para que no haya una pérdida del rol tanto laboral, como el que tiene dentro de su familia y sobre todo que sienta que no ha perdido su capacidad de independencia y descubra que a pesar de su estado de salud puede seguir desarrollando habilidades que le permitan formarse nuevas metas.

³⁷ García Hernández María de Lourdes, Monroy Rojas Araceli, Karam Calderón Miguel Ángel. Espiritualidad en el Adulto Mayor en: El cuidado de la vida y de la salud: una cosmovisión. 1ª edición. Editorial Universidad Autónoma del Estado de México. México 2012. PP.139

REFERENCIAS

- Álvarez Gregori Joaquín, Macías Núñez Juan F. "Dependencia en Geriatría". Ediciones Universidad Salamanca. 1ª edición. España 2009. PP 61-62
- Boltz Marie, Greenberg Sherry A. Evaluación de maltrato y abuso de personas mayores. Número 15, revisado 2007 prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. PP. 1-2
- Berger. Vejez: desarrollo biosocial en: Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. México 2009. PP. 188-190
- Burke Mary M. Walsh Mary B. El concepto interpersonal en: Enfermería gerontológica Cuidados integrales del adulto mayor. Segunda edición. Editorial Harcourt Brace. España 1998. PP 62
- Burns E.M, B. Isaacs y T. Gracie. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Editorial Morata. Madrid 1999. PP. 13-20
- Casanueva Esther, Kaufer Horwitz Martha, Pérez Lizaur Ana Bertha. Nutriología Médica. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana, Fundación Mexicana para la salud. México 2008. PP. 230-231
- Córdova Villalobos José Ángel. La medicina tradicional indígena en: Interculturalidad en Salud. Segunda edición. Dirección General de Proveeduría imprenta Universitaria. México 2009. PP. 99-100
- De Lucas Vaquero Ma. Victoria. "Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación" Nueva Edición Diciembre 2003. PP. 17
- Eslava Schumalbach Javier, Guevara Cruz Óscar, Gómez Cusnir Pablo. Incontinencia de Urgencia en: "Semiología Quirúrgica". Universidad Nacional de Colombia. Colombia 2006. PP. 550
- Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria. "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería" en: El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Editorial Masson-Salvat, Barcelona España 1993, PP. 3-37

- Francoise, Colliere, Cap. 1 Promover la vida ED. Interamericana Mc Graw Hill, España 1993. PP. 5-17
- García Hernández María de Lourdes, Monroy Rojas Araceli, Karam Calderón Miguel Ángel. Espiritualidad en el Adulto Mayor en: El cuidado de la vida y de la salud: una cosmovisión. 1ª edición. Editorial Universidad Autónoma del Estado de México. México 2012. PP.143
- García Hernández Misericordia, Martínez Cuervo Fernando: Manual de Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. Editorial MAD. España 2010. PP 185-186
- García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar. Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Editorial Elsevier. España 2006. PP. 197
- Gil Ángel. Miel en: Tratado de Nutrición Tomo II Composición y Calidad Nutritiva de los Alimentos. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2010. PP. 242
- Kérouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André, Major Francine. Grandes corrientes del pensamiento en: El Pensamiento Enfermero. 1a edición. Editorial Masson. Barcelona 2001. PP 1-13
- López Locanto Oscar. Valoración de la movilidad en el adulto mayor. Estática, equilibrio y marcha. Publicación oficial de la sociedad uruguaya de Gerontología y Geriatria. Volumen 3, número 1. Año 2010. PP. 4-11
- López Ortiz Araceli Rosa. Vacunas para el adulto mayor en: Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación Actualización 2003. Primera edición. Consejo Nacional de Vacunación. México 2003. PP. 70-75
- Macías Núñez Juan F. Incontinencia Transitoria en: “Geriatría desde el principio”. Editorial Glosa. Segunda edición. España 2005. PP. 196.
- Marriner, Tomey, A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cap. 6, 4ª. Edición. Editorial Mosby, Madrid, España 1999 PP.55-59
- Mc Closkey Dochterman Joanne “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)” 4ª Edición. Editorial Mosby. España 2005 PP. 1072
- Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meriden “Clasificación de Resultados de Enfermería” (NOC). 3ª Edición. Editorial Mosby. España 2005. PP. 820

- Murillo Julio César. Talleres recreativos para personas mayores. Editorial SELARE. Bogotá Colombia 2003. PP 23-46
- Morales Martínez Fernando. Úlceras por presión: prevención y tratamiento en: Temas prácticos en Geriátría y Gerontología. Tomo 1. Primera reimpresión. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica 2007. PP. 57-78
- Pérez Lizaur Ana Bertha NC, Palacios González Berenice MC, Castro Becerra Ana Laura. Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. 3ª edición. México, D.F., julio del 2008. PP. 107
- Rodríguez Merchán, Ortega Andreu, Alonso Carro. Fracturas Osteoporóticas Prevención y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. México 2003. PP 85-87
- Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México SABE 2000. Publicación Científica y Técnica No. 608. Editorial Organización Panamericana de la Salud, El colegio de la Frontera Norte, Secretaria de Salud. Washington 2005. PP. 32-22
- Snyder Mariah, Lindquist Ruth. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. 6ª edición. Manual moderno. México 2011. PP. 511
- Yubero Santiago, Montañés Juan, Latorre José M., Larrañaga Elisa Envejecimiento, sociedad y salud. Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha, 1ª edición España 1999. PP. 250-254
- Conoterapia en: <http://www.universohumano.com/index>. 15/noviembre/2012 23:06
- http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/M_E_E_M.pdf 4/septiembre/2012 16:30
- http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/ESCALA_DEPRESION_GERIATRICA.pdf 4/SEPTIEMBRE/2012 16:41
- http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_KATZ.pdf 4/SEPTIEMBRE/2012 19:29
- http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_15_span.pdf 7/septiembre/2012 22:58

- http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/index.html/noviembre/2012 22:20
- <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=miel%20de%20abeja> 04/12/2012 20:53
- http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/METODO_VALORACION_CONFUSION.pdf/SEPTIEMBRE/2012 22:19

GLOSARIO

Asplenia: Anatómica: Ausencia del bazo.

Bursa: Pequeña bolsa que protege el tendón del roce directo sobre protuberancias óseas y facilita los movimientos de los músculos y tendones sobre el hueso.

Chiquiadores: Medicamentos muy usados en la medicina doméstica, generalmente de forma circular, hechos de diversos materiales. Se colocan sobre las sienes y mejillas para mitigar el dolor, “sacar el calor” y el “aire” concentrado en la región superior del cuerpo.

Cenestésico: percepción del grado y de la dirección del movimiento de las partes del cuerpo; este sentido se basa en los impulsos nerviosos generados por los propioceptores.

Datos objetivos: Información que es medible y observable.

Datos subjetivos: Información que el paciente o cliente expresa a la enfermera durante la valoración

Depleción: Pérdida de sal del organismo por eliminación exagerada de líquidos corporales por transpiración, diarrea, vómitos o micción, sin la correspondiente reposición.

Diagnóstico real: Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

Diagnóstico de riesgo: Juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar.

Instrumento de Valoración: Impreso utilizado para asegurar que durante la valoración se reúna y anota la información clave.

Medicina tradicional: Conjunto de sistemas médicos que tiene sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad, que los distintos pueblos indígenas de un país han acumulado a través de su historia.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

Preguntas abiertas: Preguntas que requieren más de una palabra como respuesta.

Preguntas cerradas: Preguntas que requieren un monosílabo como respuesta.

Propioceptiva: percepción de la posición de las partes del cuerpo, en especial de los miembros, independiente de la visión; este sentido se basa en los impulsos nerviosos generados por los propioceptores. .

Sistema mnésico: Se define como arreglo a la clase de información que procesa, a los mecanismos neurales implicados, y a los principios y propiedades que rigen su funcionamiento y relaciones con los demás sistemas.

Sistemas de salud: Conjunto articulado de presentaciones y creencias, con las que se interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano. Lo que determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.

Validación: Procesos de confirmación de que la información o los datos que se han recogido son verdaderos y se basan en hechos.

ANEXOS

ANEXO 1

FRACTURA DE CADERA
ANATOMÍA: Numerosos estudios han documentado una reducción progresiva de la densidad mineral ósea (DMO) asociada al envejecimiento en casi todas las zonas del esqueleto. Sin embargo, el riesgo de fracturas también se eleva con la edad, independientemente de la DMO. El hueso se encuentra sometido a un proceso continuo de resorción y formación perfectamente equilibrado. Con el envejecimiento, la menopausia o algunas enfermedades, se altera el balance de manera que la resorción predomina sobre la formación y se produce una pérdida neta de hueso que conduce a la osteoporosis.
DEFINICIÓN: Hace referencia a las fracturas que ocurren en el extremo proximal del fémur. Esta zona comprende la cabeza, el cuello femoral y la región trocantérea hasta 5 cm por debajo de ésta.
ETIOLOGÍA: Existen tres mecanismos de lesión: <ul style="list-style-type: none">• Caída con traumatismo directo sobre región trocantérica.• Rotación externa con un incremento repentino de la carga axial sobre la extremidad inferior.• Fractura de fatiga, debida a microfracturas trabeculares en la región subcapital del cuello femoral, que son más numerosas en pacientes con osteoporosis. Así como otros factores como menopausia, edad, nutrición, progreso de osteoporosis, densidad mineral ósea y ser mujer.
SIGNOS Y SINTOMAS: La osteoporosis cursa de forma asintomática hasta que se produce una fractura. En este caso, se produce dolor, deformidad e impotencia funcional.
DIAGNÓSTICO: En la mayoría de los casos, fácilmente establecido a través de una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico de la cadera afectada que en general confirma el diagnóstico.
TRATAMIENTO: La fractura si aparece se requerirá de tratamiento quirúrgico urgente.
PRONÓSTICO: Existe el riesgo de padecer nuevas fracturas. ³⁸

³⁸ Rodríguez Merchán, Ortega Andreu, Alonso Carro. Fracturas Osteoporóticas Prevención y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. México 2003. PP 85-87

CLÍNICA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA (ANEXO 2)

NOMBRE: C.M.P EDAD: 91 años SEXO: Femenino FECHA DE NACIMIENTO: 03/Mayo/1921

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TABAQUISMO: Negado HUMO DE LEÑA: Si con 30 años de exposición.
ETILISMO: Negado TOXICOMANÍAS: Negadas

ESCOLARIDAD: Tercer año de primaria

SABE LEER Y ESCRIBIR: Leer si, escribir no

ESTADO CIVIL:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------|
| 6. Casado | 7. Divorciado o separado | 8. Soltero |
| 9. <u>Viudo 36 hace años</u> | 10. Unión libre | |

LUGAR DE RESIDENCIA:

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|----------|
| 5. <u>Vivienda particular</u> | 6. Vivienda asistida | 7. Asilo |
| 8. Hospital | | |

TELÉFONO: 55818451

CIUDAD Y ESTADO: Distrito Federal

¿ASISTE A UNA ESTANCIA DE DÍA? No

¿CON QUIÉN VIVE?

- | | | |
|------------|---------------------------------|---------------------|
| 31 Cónyuge | 32 <u>Otro familiar o amigo</u> | 33 Vida comunitaria |
| 34 Asilo | 35 Solo | |

¿CÓMO DESCRIBIRÍA SU SITUACIÓN ECONOMICA?

- | | | |
|--------------|--------------|-----------------|
| 6. Excelente | 7. Muy buena | 8. <u>Buena</u> |
| 9. Mala | 10. Muy mala | |

OCUPACIÓN HABITUAL: Hogar

FORMA DE MANUTENCIÓN: Apoyo por hijo y tarjeta de adulto mayor.

PROVEEDOR PRIMARIO: Hijo

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

EN RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, ¿CÓMO DIRÍA QUE SE ENCUENTRA SU ESTADO DE SALUD? Muy bien

RED SOCIAL

EN CASO DE SER NECESARIO ¿CUENTA CON ALGUIEN QUE SE PUDIERA RESPONSABILIZAR DE SU ATENCIÓN?

3. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: Si

4. ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA: Si

NÚMERO DE HIJOS:

TOTAL: 9 HOMBRES: 7 MUJERES: 2

CUIDADOR PRIMARIO:

NOMBRE: M.T.R.A EDAD: 58 años

ESTADO CIVIL: Casada

PARENTESCO: Nuera

ESCOLARIDAD: Secundaria terminada

OCUPACIÓN: Hogar

RESPONSABLE LEGAL: A.S.M

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial sistémica (años de DX sin especificar)

ALÉRGICOS: Si, PENICILINA

QUIRÚRGICOS: Colecistectomía en el 2000

Plastia inguinal en el 2000

Fractura de cadera derecha 26/07/2012

TRANSFUSIONALES: 26/07/2012

LISTA DE MEDICAMENTOS

Aspirina protec 100 mg c/24 horas. Por 30 días (día 25)

BENZODIAZEPINAS SEDANTES E HIPNOTICOS: Negados

MEDICINA PREVENTIVA

INFLUENZA: Negada

NEUMOCOCO: Negada

Mujeres

CITOLOGIA CERVICAL: Negado MAMOGRAFÍA/EXP. MAMARIA: Negado

PADECIMIENTO ACTUAL: Fractura de cadera

ORGANOS DE LOS SENTIDOS (ANEXO 3)

VISIÓN:

1. ¿NORMALMENTE USA LENTES? Si
2. ¿CÓMO ES SU VISIÓN (CON LENTES, SI APLICA)?
3. DIAGNÓSTICO: Focoemulsificación de ojo derecho.

AUDICIÓN:

1. ¿NORMALMENTE USA APARATO AUDITIVO? No
2. ¿CÓMO ES SU AUDICIÓN (CON APARATO, SI APLICA)? Mala
3. Dagnóstico: Hipoacusia de oído izquierdo.

MEMORIA

¿El paciente tiene antecedente de haber cursado con *DELIRIUM* en internamientos previos o en circunstancia anteriores? Si: X No: _

¿Presenta pérdida de Memoria de más de 6 mes? Si _ No: X

Si la respuesta anterior es positiva, contestar las siguientes preguntas:

¿Afecta la pérdida de Memoria su vida diaria? Sí _ No _

¿Qué otras manifestaciones acompañan a la pérdida de Memoria?

- | | |
|------------|----------------------------|
| 1. Afasia | 2. Apraxia |
| 3. Agnosia | 4. Alteraciones Ejecutivas |

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL (MMSE) (ANEXO 4)

- 1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación).**

Orientación (tiempo) se ve afectada, ya que el puntaje es 0/ 5 puntos.

- 2. ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país).**

Orientación (lugar), se ubica obteniendo 5/5

- 3. ¿Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO).**

Registro de palabras, aun ayudándole a repetir las palabras obtuvo 2/3 puntos.

- 4. Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65)**

Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés

Atención y calculo 0/5 puntos.

- 5. ¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente?**

Recall 2/3 puntos

- 6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique**

Nominación 2/2 puntos.

- 7. Repita la siguiente frase: “NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS”**

Repetición 1/1 puntos.

- 8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente):**

“Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso”

Comprensión 3/3 puntos.

- 9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice “CIERRE LOS OJOS”**

Lectura 1/1 puntos

- 10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir**

Escritura 0/1

- 11. Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados).**

Dibujo 0/1

Total 16 puntos de 24 según puntuación JAMA ajustada de acuerdo a edad y años de escolaridad.

Mini examen del estado mental (MMSE)

1. ¿Para qué sirve?

El MMSE fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio- tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas.

Recomendaciones generales:

- El MMSE es una prueba destinada para ser administrada de forma individual.
- No tiene límite de tiempo.
- Se debe aplicar en un lugar propicio, confortable y sobre todo, libre de ruidos distractores, así como de intrusiones.

2. ¿Cómo se elabora?

El examinador:

- Deberá estar familiarizado con la prueba y sobretodo con las instrucciones referentes a las diferentes escalas.
- Deberá crear una situación relajante y de confianza para el examinado.
- Deberá realizar una entrevista con el paciente antes de la toma de la prueba, con el objetivo de tener algunos datos del paciente y también para poder hablar de sus intereses y pasatiempos, con el fin de lograr que el paciente comience la prueba algo relajado. Además, como ya se mencionó anteriormente, se debe tomar muy en cuenta su estado de ánimo.
- Deberá hacer un esfuerzo por obtener una cooperación constante por parte del sujeto y mantenerlo motivado, sin que esto signifique que se hagan observaciones sobre lo acertado o equivocado de sus respuestas.
- Las instrucciones para esta escala, deberán ser siempre las que estén impresas en el protocolo y deberán ser leídas por el examinador con claridad y precisión.
- Si el examinado corrige una respuesta, se le debe dar crédito a la respuesta correcta.

Calificación e interpretación de los resultados:

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona.

Para calificar el profesional deberá:

- Puntuar cada alternativa de respuesta (de acuerdo al valor dado en el protocolo).
- Luego deberá sumar todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima es de 30).
- Buscar el puntaje total obtenido en la parte posterior del protocolo.

- Pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba.

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba.

27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

24 puntos o menos: Sospecha patológica

24 a 12 puntos: Deterioro

12 a 9 puntos: Demencia

Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

En cualquier caso se deberá proceder a realizar otros exámenes de evaluación cerebral complementarios, como son: TAC, RMN, EEG y se pueden realizar incluso pruebas como son la prueba de emisión de positrones (PET SPECT) y la prueba de flujo cerebral regional.

Limitaciones de la prueba:

Esta prueba no debe ser tomada como la única fuente de diagnóstico, porque se deben destacar en primer lugar otros padecimientos que pueden tener los mismos síntomas de demencia como es la Enfermedad de Alzheimer pero que pueden resultar reversibles, como son por ejemplo:

1. Depresión.
2. Ingestión de alguna droga.
- 3 Problemas metabólicos.
4. Deprivaciones ambientales.
5. Alcoholismo.
6. Infecciones: Meningitis, Encefalitis, etc.
7. Problemas de nutrición: Disminución de B6 y B12.
8. Hemorragia subaracnoidea, etc

El MMSE se desarrolló para cribar la demencia y el delirium en población sin dificultades de aprendizaje (Folstein et al. 1975). En los estudios referidos a las limitaciones del MMSE, autores como Myers (1987) evaluaron su aplicación en gente que tenía dificultades de aprendizaje y encontró que era inapropiado para personas con niveles moderados o severos de minusvalía y en gente con nivel leve de minusvalía pero sin habilidad lecto-escritora.³⁹

³⁹ http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/M_E_E_M.pdf 4/septiembre/2012 16:30

PRUEBA DE RELOJ (ANEXO 5)

INSTRUCCIONES: "Dibuje la carátula de un reloj, con todos sus números, y que las manecillas marquen las 8 y 20" (Se puede repetir la instrucción completa sólo una vez).

ESFUERZO: Intentó No Intentó Limitación Física
Rehusó
CÍRCULO: (0) Buena Calidad (1) Mala Calidad (2) Inaceptable
TOTAL CÍRCULO: 2 /0-2

NÚMEROS: (0) Correcto (1) Adicional
(1) Espaciamiento Incorrecto (1) Colocación Incorrecta
(1) Fuera del Círculo (1) Ausencia
(5) No Hay Números
TOTAL NÚMEROS: 5 /0-5

MANECILLAS: (0) Correcto (1) Incorrecta la Hora
(1) Incorrecto el Minuto (1) Ausente la de la Hora
(1) Ausente la del Minuto (1) Manecillas Adicionales
TOTAL MANECILLAS: 5 /0-5

MARCAS EXTRAÑAS (0) No Hay (1) Presentes
(1) Borraduras, Correcciones (No por Espaciamiento)
TOTAL MARCAS: 2 /0-2

Esfuerzo: Lo intento Círculo: Inaceptable **TOTAL CÍRCULO: 2 PUNTO**
Números: No hay números **TOTAL NUMEROS: 5 PUNTOS**
Manecillas: No hay manecillas **TOTAL MANECILLAS: 5 PUNTOS**
Marcas extrañas: Presentes y correcciones **TOTAL MARCAS: 2 PUNTOS**

TOTAL: 13/14 PUNTOS

Se observan trastornos en las funciones cognitivas constructivas y visuoespaciales, mostrando incapacidad en el intento de resolver la prueba.

TEST DEL RELOJ

“En general, los test neurocognitivos (como el MMT) enfatizan más los ítems verbales y menos los visoespaciales. Los déficit visoespaciales suelen ser manifestaciones precoces de la enfermedad de Alzheimer. A partir de la necesidad de identificar precozmente este tipo de déficit surgió el test del reloj, que está dirigido a la evaluación de dichas anomalías y además aporta información sobre las praxias constructivas, ya que involucra la evaluación de la ejecución motora, la comprensión del lenguaje y el conocimiento numérico. De este modo el test también permite detectar lesiones focales en el hemisferio cerebral derecho (que pueden manifestarse solo a través de trastornos visoespaciales) y lesiones en el hemisferio izquierdo (que pueden producir defectos ejecutivos motores, deficiencias en la comprensión del lenguaje o alteraciones en la representación mental de las figuras).

Existen dos formas de realizar el test del reloj. Una de ellas es dibujar un círculo en una hoja de papel y pedirle al paciente que ponga los números y la hora; otra, más compleja, es dar el lápiz al paciente y pedirle que sea él quien haga el círculo y coloque los números y la hora: “lo que he dibujado en esta hoja es un reloj, ¿Ud. Podría poner los números y marcar las 8: 20 h dibujando las agujas? O bien ¿Podría dibujar un reloj y colocarle los números y las agujas marcando las 8:20 h?

El paciente puede hacerlo correctamente o no. En este último caso las opciones son múltiples: dibujar un círculo demasiado pequeño, colocar las horas en disposición antihoraria, dibujar más o menos de 12 números, ubicar los números de forma errónea o con más o menos de tres números de cuadrante, indicar mal la hora señalada, etc.

Si bien el test del reloj no es un indicador definitivo de demencia ni hace diagnóstico de esta enfermedad, permite identificar trastornos en las funciones cognitivas constructivas y visoespaciales. También para ver la evolución de cuadros confusionales.”⁴⁰

⁴⁰ Macías Nuñez Juan F. Geriátría desde el principio. Segunda edición. Editorial Glosa. Madrid 2005. PP. 155-156

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA (ESTADO DE ANIMO) (ANEXO 6)

	Sí	No
1. En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse encasa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12. ¿Actualmente se siente inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

TOTAL: 12/15 PUNTOS DEPRESIÓN ESTABLECIDA

Escala de Depresión Geriátrica (EDG)

1. ¿Para qué sirve?

“Es un instrumento para detectar síntomas de depresión en ancianos y como medida de la evolución de esos síntomas. Pero aunque ayuda al diagnóstico, no debe confiársele una capacidad que no posee ya que el diagnóstico de depresión (como el de demencia) es clínico.

Esta prueba consta de 30 preguntas en las que se pide al anciano que elija la contestación que más se aproxime a su estado de ánimo de las últimas semanas (ver “tabla 2” en el apartado “3. Formato”).

La contestación es dicotómica (SI/NO), siendo la puntuación máxima de 30 puntos.

Dependiendo del número de puntuación obtenido al aplicar esta prueba tenemos que:

a. Una puntuación de 0 a 10 debe ser considerada como normal.

b. 11 o más, como un posible indicador de depresión.

Por tanto, se establece el punto de corte de 11 puntos, a partir de ahí, se definen dos grados de depresión:

b1. 11 a 14 puntos (moderadamente deprimido).

b2. 15 a 39 puntos (severamente deprimido).

Es la única escala de depresión construida específicamente para personas mayores. Su inconveniente es para aquellos ancianos con demencia moderada grave, ya que pierde su utilidad por la incapacidad del paciente para reconocer sus propios síntomas.

Actualmente existe esta misma escala reducida o abreviada en la que se incorporan solo 15 variables (ver “Tabla 2” del apartado “3.Formato”).

2. ¿Cómo se elabora?

1. Esta prueba está diseñada para ser utilizada por el propio anciano, se trata de un autoinforme. Ante residentes analfabetas o ciegos, esta prueba debe de ser administrada por personal formado en el instrumento.
2. El tiempo requerido es de aproximadamente 5 a 10 minutos.
3. Se recomienda comenzar su utilización al ingreso del anciano a la residencia, permitiendo detectar aquellos síntomas de depresión motivados por la institucionalización.
4. La frecuencia de uso más recomendable sería la semestral. A realizarse con antelación cuando se sospeche de síntomas de depresión, o cuando haya depresión en tratamiento en determinado anciano”.⁴¹

FUNCIONALIDAD (Anexo 7)

ESCALA DE ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD)

1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso: Sí: No:
2. Es capaz de caminar 500 metros : Sí: No:
3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. Lavar paredes): Sí: No:

TOTAL: 0/3

ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)

¿Es el paciente capaz de.....?

1. Inclinar, agacharse, arrodillarse (ej. Recoger objetos): Sí: No:
2. Levantar los brazos por arriba de los hombros: Sí: No:
3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. Monedas): Sí: No:
4. Empujar o jalar objetos (ej. Silla): Sí: No:
5. Levantar y cargar objetos de 5kg o más: Sí: No:

TOTAL: 4/5

Dependencia Moderada 4/8

⁴¹http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/ESCALA_DEPRESION_GERIATRICA.pdf
4/SEPTIEMBRE/2012 16:41

ESCALA DE SALUD FUNCIONAL

“Antecedentes: Fue la 1ª escala que medía específicamente AAVD y fue desarrollada por Rosow y Breslau con el nombre de Funtional Helth Scale en 1966.

Descripción: Es una entrevista con estructura jerárquica tipo Guttman compuesta por 6 ítems que asigna la máxima independencia a la capacidad de individuo para realizar trabajos pesados, como quitar nieve con una pala, y la mayor dependencia a la incapacidad para salir al cine o ir a una reunión.

Aspectos positivos: Tiene validez concurrente con el grado de deterioro cognitivo o evaluado por el Mini-Mental Strate Examination de Folstein. Tiene alta fiabilidad.”⁴²

ACTIVIDADES DE NAGI

“Se identifican como nueve actividades básicas útiles para referirse a la medición de las actividades funcionales. Incluye la capacidad de agacharse y arrodillarse, levantar 10 libras de peso, levantar los brazos por encima de los hombros, apretar pequeños objetos y caminar de dos a tres calles. La incapacidad de realizar uno o más de ellos sugiere la posibilidad de discapacidad. Esta escala ha sido utilizada en muchos estudios epidemiológicos, siendo fuerte predictor de la utilización de servicios de salud.”⁴³

⁴² De Lucas Vaquero Ma. Victoria. “Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación” Nueva Edición Diciembre 2003. PP. 17

⁴³ Álvarez Gregori Joaquín, Macías Núñez Juan F. “Dependencia en Geriatría”. Ediciones Universidad Salamanca. 1ª edición. España 2009. PP 61_62

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ) (ANEXO 8)

7. Baño (Esponja, regadera o tina) 1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). <u>1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo</u> <u>(Ej. Espalda o pierna)</u> 0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	Sí	No
8. Vestido 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. <u>0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.</u>	Sí	No
9. Uso de Sanitario 1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). <u>1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.</u> 0: Que no vaya al baño por sí mismo.	Sí	No
10. Transferencias 1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). 1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. <u>0: Que no pueda salir de la cama.</u>	Sí	No
11. Continencia 1: Control total de esfínteres. 1: <u>Que tenga accidentes ocasionales.</u> 0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente. a) Urinaria (Tipo): <u>Continua</u> b) Fecal (Tipo): _____ ¿Utiliza pañal o protector? Sí: <u>X</u> No: <u> </u> Tiempo: <u>1 año</u>	Sí	No
12. Alimentación <u>1: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.</u> 1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. 0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	Sí	No

TOTAL 4/6

CALIFICACIÓN DE KATZ

- A. Independencia en todas las funciones.
- B. Independencia en todas las funciones menos en una.
- C. Independencia en todo menos en bañarse y otra función adicional.
- D. Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra función adicional.
- F. Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en C, D, E y F.

Índice de Katz

1. ¿Para qué sirve?

“Es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación.

Surgido en 1959 con el ánimo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente la escala más utilizada. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia (A-B-C).

El índice de Katz (ver “Tabla 1” del apartado “3.Formato”) tiene 6 temas ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades.

Se clasifican en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia.

Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización.

Cada elemento tiene tres posibles respuestas. Según la puntuación total los pacientes quedan clasificados en 8 grupos.

Fue construida para uso específico en población mayor de 65 años. Es de fácil administración (habitualmente menos de 5 minutos).

Tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo este ligeramente superior al Índice de Barthel, cuando se aplica a pacientes crónicos.

3. ¿Cómo se elabora?

1. Ha de ser administrada por profesionales, a través de sus observaciones sobre la mejor ejecución del sujeto en las habilidades funcionales indicadas.

A. Aunque la corrección de la escala se realiza sobre una base dicotómica “independiente/dependiente”, las instrucciones y el protocolo de observación permite también diferenciar entre aquellas personas mayores que ejecutan la actividad con ayuda humana y aquellas que lo hacen sin aquel tipo de asistencia. Para efectos de puntuación, solamente estos últimos son evaluados como independientes.”⁴⁴

⁴⁴ http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_KATZ.pdf 4/SEPTIEMBRE/2012 19:29

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON) (ANEXO 9)

1. Capacidad para usar el teléfono	Sí	No
1: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema.		
1: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos.		X
1: Contesta el teléfono pero no llama		
0: <u>No usa el teléfono</u>		
2. Transporte	Sí	No
1: Se transporta solo		
1: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.		
1: Viaja en transporte colectivo acompañado.		X
0: <u>Viaja en taxi o auto acompañado.</u>		
0: No sale		
3. Medicación	Sí	No
1: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.		
0: Se hace responsable sólo si la preparan por adelantado		X
0: <u>Es incapaz de hacerse cargo</u>		
4. Finanzas	Sí	No
1: Maneja sus asuntos independientemente		
0: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras		X
0: <u>Es incapaz de manejar dinero</u>		
5. Compras	Sí	No
1: Vigila sus necesidades independientemente		
0: Hace independientemente sólo pequeñas compras		X
0: Necesita compañía para cualquier compra.		
0: <u>Incapaz de cualquier compra.</u>		
6. Cocina	Sí	No
1: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.		
0: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.		X
0: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada.		
0: <u>Necesita que le preparen los alimentos.</u>		
7. Cuidado del Hogar	Sí	No
1: Mantiene la casa sólo o con ayuda mínima.		
1: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente		X
1: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia		
1: Necesita ayuda en todas las actividades		
0: <u>No participa</u>		
8. Lavandería	Sí	No
1: Se ocupa de su ropa independientemente		
1: Lava sólo pequeñas cosas		X
0: <u>Todos se lo tienen que lavar</u>		
		TOTAL <u>0/8</u>

Índice de Lawton y Brody (Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton)

“El índice de Lawton detecta las primeras señales de deterioro del anciano, puesto que dirige sus esfuerzos a valorar la independencia en la realización de tareas domésticas tales como usar el teléfono, ir de compras, hacer la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación y la capacidad para manejar el dinero.

Consta de ocho ítems sobre los que puntúa entre 1 (independiente) y 0 (dependiente). Mide capacidades y muestra un elevado coeficiente de productividad.

Máxima dependencia 0 puntos, independencia total 8 puntos. La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4.”⁴⁵

CAIDAS (ANEXO 10)

1. ¿Se ha caído el paciente en el último año? Si: X No: ___ ¿Cuántas? : 1

2. En el último evento:
 - a) ¿Necesitó ser levantada? Si
 - b) ¿Perdió el conocimiento? No
 - c) ¿En qué circunstancia sucedió? Giro para jalar un chal y cayó

MARCHA Y EQUILIBRIO (ANEXO 11)

AUXILIAR DE LA MARCHA

1. ¿Utiliza auxiliar de la marcha? Si: X No: ___

2. ¿Qué auxiliar utiliza?

Bastón 1 pata

Bastón 4 patas

Andadera con ruedas

Andadera

Delta con ruedas

Otros: _____

⁴⁵ García Hernández Misericordia, Martínez Cuervo Fernando: Manual de Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. Editorial MAD. España 2010. PP 185-186

PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (ANEXO 12)

1. PRUEBA DE EQUILIBRIO

a) Pararse con los pies uno a cada lado del otro.

¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? **Si (1 punto)**
Si el participante no logro completarlo, Finaliza la prueba de Equilibrio **No (0 puntos)**

b) Pararse en posición Semi-Tandem.

¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? **Si (1 punto)** Si el
participante no logro completarlo, Finaliza la prueba de Equilibrio **No (0 puntos)**

c) Pararse en posición Tandem

¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos?

Intenta 3.6 segundos (1punto)

TOTAL 3/4 PUNTOS

2. VELOCIDAD DE LA MARCHA (RECORRIDO DE 4 METROS)

A. Primera medición

Tiempo requerido para recorrer la distancia 76 segundos
Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.

B. Segunda medición

Tiempo requerido para recorrer la distancia 79 segundos
Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.

TOTAL 2/8 PUNTOS

3. PRUEBA DE LEVANTARSE 5 VECES DE UNA SILLA

a. Prueba previa

¿El paciente se levanta sin utilizar los brazos? No, termino de la prueba (0 puntos)
Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.

TOTAL DE LA PUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3) =
5/16 PUNTOS

PRUEBA CRONOMETRADA DE "LEVANTATE Y ANDA" (6 METROS)

Pida al paciente que se levante de su silla (con apoyo-brazos), camine la mitad de la distancia determinada, gire de regreso y vuelva a sentarse en la silla.

Tiempo 156 segundos ¿Tardó 14 seg. O más en realizarlo? Si

EXTENUACIÓN FÍSICA

1) ¿Siente que todo lo que hace requiere un gran esfuerzo?

SÍ (La mayor parte del tiempo (3-4 días))

2) ¿Siente que ya no puede seguir adelante?

SÍ (Alguna vez o un poco (1-2 días))

Medidas de balance o equilibrio

“Son las más antiguas que se conocen, muchas de ellas forman parte del examen físico convencional (prueba de Romberg, equilibrio estático y dinámico). Evalúan el balance sentado y en posición de pie. Actualmente las más utilizadas son: la prueba de Romberg modificada, el alcance funcional y el tiempo de estancia en una pierna.

El test de Romberg progresivo o modificado

(Romberg, semitandem y tándem durante 10 segundos, con los ojos abiertos y cerrados) ha mostrado una buena correlación con el riesgo de caídas. Sólo se realiza si el sujeto puede mantener la bipedestación. Se evalúan cuatro posiciones con los ojos abiertos y cerrados de menor a mayor dificultad: pies separados, pies tan juntos como pueda, la punta del pie dominante al lado del talón del pie no dominante (semi-tándem) y un pie tras otro en línea recta. Con el pie dominante detrás (tándem) se valora la capacidad de mantener cada posición durante 10 segundos. Se hace con los ojos abiertos. No se permiten personas que ayuden o colaboren y los brazos pueden estar en cualquier posición. Se debe hacer demostración. Se evalúa la capacidad de mantener cada posición durante 10 segundos. En caso de fallar una posición en cualquier momento (Inestabilidad considerable), se suspende la prueba. Se da un punto por asumir y mantener al menos 10 segundos cada posición, para un total de 4 puntos. El OR para 2 o más caídas es de 1.6, 3.4 y 4.4 para quienes mantienen con los ojos abiertos solo el semitandem, solo el Romberg o ninguno, respectivamente, y 2.6, 4.8 y 7.5 para quienes lo hacen con los ojos cerrados.

Velocidad de la marcha

Se ejecuta un solo intento. Se le pide al paciente que camine a paso normal una distancia de 6 metros. Se registra el tiempo utilizado en caminar 6 metros en segundos y el número de pasos dados en la misma distancia; se realiza un solo intento y se observa si requiere ayuda (bastón, andador, muleta) o asistencia (por una o dos personas).

Se recorren 6 metros pero se registran el tiempo en recorrer 6, para evitar distorsiones provocadas por los cambios al iniciar y terminar el recorrido. Además se debe registrar si la marcha fue suspendida, a qué distancia y la razón para la suspensión. El valor de

corte si bien sigue siendo motivo de debate se fija en 0.65 metros/seg; por debajo del mismo es un excelente valor predictivo negativo para deterioro de la movilidad.

Medidas de traslado Incorporarse de una silla

Se registra el tiempo requerido para alcanzar la posición de pie desde la posición sentado, con los brazos cruzados.

Se toma el tiempo desde el momento que se inicia la acción de incorporarse con los brazos cruzados o si no puede mantener los brazos cruzados puede utilizar alguna ayuda como bastón, andador, muleta u otra persona, hasta que se levanta y queda en posición estable. Se hacen dos intentos y se registran. Antes de realizar la prueba hay que hacer una demostración para asegurarse que el sujeto entendió qué debe hacer. La silla debe ser firme, con espaldar recto y en lo posible con apoyabrazos. El anciano debe estar sentado, recostado (en lo posible) y con los pies bien apoyados en el piso. El promedio de tiempo utilizado en incorporarse de una silla es de dos segundos.

Medidas compuestas Test del Get Up and Go (Mathías)

En este test se pide al sujeto, previamente sentado en una silla, que se ponga de pie sin utilizar las manos, camine, gire, vuelva y permanezca de pie. Por último se le solicita que se siente en la silla sin utilizar las manos. Valora la rapidez de la marcha, la longitud del paso, base de sustentación, regularidad de los pasos y relación entre el tiempo que apoya los dos pies y el que apoya uno. La escala se divide en 5 puntos: 1, normal; 2, muy poco alterada; 3, medianamente alterada, 4, moderadamente alterada y 5, gravemente alterada. Un individuo que obtenga 5 puntos es aquel que presenta riesgo de caídas durante la prueba. Un puntaje mayor o igual a 3 implica riesgo de caídas, el cual debe ser informado al cuidador. El **test Get Up and Go** es una modificación del test de Mathias. El paciente se levanta de una silla con brazos camina 3 metros y se sienta de nuevo. El (la) paciente puede utilizar sus ayudas habituales, pero no recibir ayuda física. Emplea como escala de valoración el tiempo en segundos que tarda el sujeto en realizar las diversas fases de la prueba. Menos de 20 segundos sería normal; 20 a 29 segundos alto riesgo de declinación funcional y más de 30 segundos caída inminente.”⁴⁶

⁴⁶ López Locanto Oscar. Valoración de la movilidad en el adulto mayor. Estática, equilibrio y marcha. Publicación oficial de la sociedad uruguaya de Gerontología y Geriátrica. Volumen 3, número 1. Año 2010. PP. 4-11

ESTADO NUTRICIO (ANEXO 13)

DEGLUCIÓN

1. ¿Usa prótesis dentales? No
2. ¿Siente la boca seca? No
3. ¿Se ahoga al ingerir los alimentos? No

PESO: 41.600 kg

TALLA: 158 cm

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 16.7 kg/m²

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PERSONAS ADULTAS MAYORES (DNA)

LA PERSONA		
Es muy delgada (percepción del encuestador)	SI	2
	NO	0
¿Ha perdido peso en el curso del último año? ¿Cuántos?	SI	4
	NO	0
¿Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global?	SI	1
	NO	0
Incluso con anteojos, ¿su visión es...?	BUENA	0
	MEDIOCRE	1
	MALA	2
¿Tiene buen apetito?	CON FRECUENCIA	0
	A VECES	4
	NUNCA	2
¿Ha vivido recientemente acontecimientos que le han afectado profundamente (enfermedad personal, pérdida de un familiar)?	SI	4
	NO	0
LA PERSONA COME HABITUALMENTE		
Frutas o jugo de frutas	SI	0
	NO	1
Huevos, queso, frijoles o carne	SI	0
	NO	1
Tortilla, pan o cereal	SI	0
	NO	1
Leche (más de ¼ de taza)	SI	0
	NO	1
TOTAL		5

- 6-13: RIESGO NUTRICIONAL ELEVADO: Auxilio en la preparación de las comidas y colaciones, consulta con profesional de la nutrición. Aplique MNA.
- 3-5: RIESGO NUTRICIONAL MODERADO: Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse regularmente, aconsejar y animar). Aplique MNA.
- 0-2: RIESGO NUTRICIONAL BAJO: Vigilancia en cuanto a la aparición de un factor de riesgo (cambio de situación, baja ponderal).

LA PERSONA (5 punto)

LA PERSONA COME HABITUALMENTE (0 puntos)

TOTAL 5/13

3-5: RIESGO NUTRICIONAL MODERADO: Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse regularmente, aconsejar y animar). Aplique MNA.

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIO (MNA)

1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL 0=<19 1=19≤IMC<21 2=21≤IMC<23 3=IMC≥23	0	11. ¿CUANTAS COMIDAS COMPLETAS HACE AL DÍA? (EQUIVALENTE A DOS PLATOS Y POSTRE) 0= UNA COMIDA 1= DOS COMIDAS 2= TRES COMIDAS	1
2. CIRCUNFERENCIA MEDIA BRAQUIAL 0=CMB <21 (21cm) 0.5= 21cm ≤CMB ≤ 22cm 1=CMB>22 CM	0	1. ¿CONSUME USTED? 1. UNA O MAS RACIONES DE PRODUCTOS LACTEOS AL DÍA NO SI: <input checked="" type="checkbox"/>	1
3. CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA 0= CP<31 cm (29cm) 1= CP≥31 cm	0	2. UNA O DOS RACIONES DE LEGUMINOSAS O HUEVO POR SEMANA NO SI: <input checked="" type="checkbox"/>	
4. PERDIDA RECIENTE DE PESO (< 3 MESES) 0=PÉRDIDA >3 kg 1=NO LO SABE 2=1 A 3 kg 3=NO HA PERDIDO PESO	1	3. CARNE, PESCADO O AVES DIARIAMENTE NO SI: <input checked="" type="checkbox"/> 0= 0 o 1 AFIRMATIVO 0.5= 2 AFIRMATIVO 1= 3 AFIRMATIVO	
5. ¿EL PACIENTE VIVE EN SU DOMICILIO? 0=NO 1=SI	1	2. ¿CONSUME UD. DOS O MAS RACIONES DE FRUTAS O VERDURAS AL DÍA? 0= NO 1= SI	1
6. ¿TOMA MÁS DE TRES MÉDICAMENTOS AL DÍA? 0= SI 1=NO	1	3. ¿HA PERDIDO EL APETITO? ¿HA COMIDO MEOS POR FALTA DE APETITO, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DIFICULTAD PARA MASTICAR O DEGLUTIR EN LOS ULTIMOS TES MESES? 0= ANOREXIA SEVERA 1= ANOREXIA MODERADA 2= SIN ANOREXIA	2
7. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O SITUACIÓN DE ESTRÉS PSICOLOGICO? 0=SI 2=NO	0	4. ¿Cuántos VASOS DE AGUA U OTROS LIQUÍDOS CONSUME DIARIAMENTE? (CAFÉ, LECHE, JUGOS, VINO, ETC.) 0=<DE 3 VASOS 0.5= 3 A 5 VASOS 1= >5 VASOS	0
8. MOVILIDAD 0=DE LA CAMA AL SILLON 1= AUTONOMIA EN EL INTERIOR 2=SALE DEL DOMICILIO	0	5. FORMA DE ALIMENTARSE: 0= NECESITA AYUDA 1= SE ALIMENTA SÓLO CON DIFICULTAD 2= SE ALIMENTA SÓLO SIN DIFICULTAD	2
9. PROBLEMAS NEUROPSICOLOGICOS 0=DEMENCIA O DEPRESIÓN SEVERA 1=DEMENCIA O DEPRESIÓN MODERADA 2=SIN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	1	6. ¿EL PACIENTE SE CONSIDERA, ASÍ MISMO, BIEN NUTRIDO? (PROBLEMAS NUTRICIONALES) 0= DESNUTRCIÓN SEVERA 1= DESNUTRCIÓN MODERADA 2= NINGUN PROBLEMA DE NUTRICIÓN	2
10. ¿ULCERAS O LESIONES CUTÁNEAS? 0= SI 1= NO	0	7. ¿EN COMPARACIÓN CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, COMO CONSIDERA USTED SU SALUD? 0= PEOR 0.5= NO LO SABE 1= IGUAL 2= MEJOR	2
TOTA			15puntos

PUNTAJE: ≤17 = DESNUTRICIÓN 17-23.5= RIESGO DE DESNUTRICIÓN ≥24= NORMAL

Evaluación mínima del estado de nutrición

“La evaluación mínima del estado de nutrición en ancianos conocida internacionalmente como Mini Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento estandarizado y validado que permite obtener una evaluación rápida del estado de nutrición de las personas de la tercera edad (sin necesidad de contar con un equipo especializado) y detectar si están en riesgo de sufrir desnutrición, a fin de proporcionarles apoyo nutricional oportuno.

Se trata de un procedimiento constituido por mediciones antropométricas simples y preguntas cortas, que se pueden responder en un lapso aproximado de 10 minutos. Incluye apartados de evaluación antropométrica general, dietética y de autopercepción del individuo en relación con su salud y nutrición. La calificación que se obtiene en cada apartado permite distinguir a los ancianos con una nutrición adecuada de aquellos que estén en riesgo de desnutrición adecuada de aquellos que estén en riesgo de desnutrición o francamente desnutridos. En la evaluación mínima del estado de nutrición la puntuación se obtiene mediante factores nutrimentales positivos de manera que se forman tres categorías:

- Alta: indica un buen estado de nutrición (24 puntos o más).
- Intermedia indica riesgo nutricional (de 17 a 23.5 puntos).
- Baja: indica desnutrición (menos de 17 puntos).

Este método ha sido empleado en varios estudios, tanto con ancianos en vida libre, con diagnósticos clínicos específicos, como en aquellos que se encuentran en asilos o casas de cuidados, para detectar, identificar y resolver sus problemas nutricionales. Una de sus principales ventajas es que no requiere de ninguna prueba bioquímica para obtener el diagnóstico nutricional, y comparada con otras herramientas de evaluación identifica de forma correcta a los ancianos en riesgo de desnutrición.”⁴⁷

⁴⁷ Casanueva Esther, Kaufer Horwitz Martha, Pérez Lizaur Ana Bertha. Nutriología Médica. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana, Fundación Mexicana para la salud. México 2008. PP. 230-231

DELIRIUM (ANEXO 14)

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE CONFUSIÓN (CAM)

CRITERIO		DESCRIPCIÓN	PRESENCIA
A	Cambio agudo en el estado mental	Reportado por familiar, cuidador, personal médico o de enfermería	NO
B	Fluctuación de síntomas en minutos u horas	Reportado por familiar, cuidador, personal médico o de enfermería	NO
C	Alteraciones en la atención	Incapacidad para realizar números en regresión (20 al 1) o meses en regresión (Diciembre a Enero)	SI
D	Alteración del Estado de conciencia	Agitación () Somnolencia () Estupor () Coma ()	NO
E	Pensamiento Desorganizado	Lenguaje incoherente o divagante	NO

(A+B+C)+D o E: Confirmación de Diagnóstico de Delirium: No

¿Cumple con criterios del DSM IV para Delirium? No

Método de valoración de la confusión (CAM)*

*En inglés: Confusion Assesment Method

1. ¿Para qué sirve?

“Es un instrumento que destaca por su sencillez de aplicación y su eficacia. Fue diseñado específicamente para el diagnóstico del delirio (delirium).

Es capaz de distinguir entre demencia y delirio, y valora múltiples características del delirio. Se creó basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III- R e incluye:

- a) Inicio agudo y curso fluctuante.
- b) Inatención.
- c) Pensamiento desorganizado.
- d) Nivel de conciencia alterado.

El diagnóstico se realiza si cumple a+b+c o d, no obstante tiene un uso limitado para el diagnóstico de delirio basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, ya que en éste se requiere un trastorno de conciencia para el diagnóstico y además tampoco se valora en este examen el estado cognitivo.

Tiene una sensibilidad del 94 al 100% y una especificidad del 90 al 95% en el diagnóstico del síndrome. Es solo en el caso de delirio por demencias severas en donde el CAM cae en errores de sensibilidad y especificidad.

3. ¿Cómo se elabora?

Se recomienda aplicar esta herramienta (ver “tabla 1” del apartado “3. Formato”) siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo).

Puede ser aplicado por médicos, profesionales de enfermería u otros profesionales sanitarios no especializados en neuropsicología, que sean previamente entrenados.

La recolección de información para análisis se puede hacer del informador (los profesionales de enfermería al cargo de la persona) o bien valorar directamente al residente.

Se realiza regularmente cada 6 meses a los residentes con más riesgo de desarrollar delirio (los más ancianos, residentes con demencia, presencia de deficiencias sensoriales, situación de enfermedad crónica severa, consumo de múltiples fármacos, especialmente de psicofármacos).

El delirio debe ser considerado como una disfunción orgánica cerebral. El inicio agudo y curso fluctuante es una característica cardinal para el diagnóstico. Se requiere una práctica habitual del CAM-UCI por el equipo médico y de enfermería para su diagnóstico. Cuando el paciente desarrolla delirio se deben investigar los factores precipitantes. Los fármacos con alto índice anticolinérgico deben de ser minimizados, suspendidos o bien substituidos por otro medicamento equivalente. Futuros estudios son necesarios para determinar los factores de riesgo de delirio en la UCI, así como para determinar la seguridad y eficacia de los neurolépticos típicos y atípicos en los pacientes críticamente enfermos.”⁴⁸

⁴⁸http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/METODO_VALORACION_CONFUSION.pdf/SEPTIE MBRE/2012 22:19

RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (ANEXO 15)

1. ¿Tiene úlceras por presión? Si

Localización: UPP II en sacro y talón derecho e izquierdo

ESCALA DE NORTON

PARAMETRO	ESCALA	PUNTOS
Condición Física	4= Buena 3= Adecuada 2= Pobre 1= Muy mala	2
Condición Mental	4= Alerta 3= Apático 2= Confuso 1= Estuporoso	3
Actividad	4= Deambula solo 3= Deambula con asistencia 2= Confinado a silla 1= Confinado a cama	3
Movilidad	4= Completa 3= Levemente afectada 2= Muy limitada 1= Inmóvil	3
Incontinencia	4= Ausente 3= Ocasional 2= Frecuente/ Urinaria 1= Urinaria + Fecal	3
TOTAL		14

< 14 puntos: Alto riesgo de desarrollar Úlceras por Presión= Si

MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR (ANEXO 16)

VERSIÓN CORTA DE LA ENCUESTA SOBRE MALTRATO A PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTRUCCIONES: Todas las preguntas a realizar deben ser antecedidas por la frase “en los últimos 12 meses...”

FÍSICO

- | | | |
|--------------------------------------------------|--------|--------|
| 1. ¿Le han golpeado? | SI () | NO (X) |
| 2. ¿Le han dado puñetazos o patadas? | SI () | NO (X) |
| 3. ¿Le han empujado o jalado el pelo? | SI () | NO (X) |
| 4. ¿Le han aventado algún objeto? | SI () | NO (X) |
| 5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja? | SI () | NO (X) |

PSICOLÓGICO

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------|--------|
| 1. ¿Le han humillado o se han burlado de usted? | SI () | NO (X) |
| 2. ¿Le han maltratado con indiferencia o le han ignorado? | SI () | NO (X) |
| 3. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa? | SI () | NO (X) |
| 4. ¿No han respetado sus decisiones? | SI () | NO (X) |

NEGLIGENCIA

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------|--------|
| 1. ¿Le han dejado de suministrar medicamentos que necesita? | SI () | NO (X) |
|-------------------------------------------------------------|--------|--------|

ECONÓMICO

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| 1. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad? | SI () | NO (X) |
| 2. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad? | SI () | NO (X) |

Si el paciente responde “Si” a cualquiera de las preguntas anteriores es necesario que sea evaluado por personal especializado (Trabajo Social y/o Geriatría)

PRONÓSTICO SOBREVIVENCIA A 4 AÑOS

EDAD	PUNTOS	COMORBILIDADES	PUNTOS
1. 60 a 64 años	1. ()	1. Diabetes mellitus	1. ()
2. 65 a 69	2. ()	2. Cáncer	2. ()
3. 70 a 74	3. ()	3. Enfermedad Pulmonar Crónica	2. ()
4. 75 a 79	4. ()	4. Insuficiencia Cardíaca	2. ()
5. 80 a 85	5. (X)	5. Tabaquismo Última semana	2. ()

AFECCIÓN FUNCIONAL POR COMORBILIDADES O ALTERACIONES EN LA MEMORIA: PUNTOS

- 1. Dificultad para bañarse solo 2 (X)
- 2. Dificultad para manejar sus finanzas y gastos 2 (X)
- 3. Dificultad para caminar 2 o más cuerdas 2 (X)
- 4. Dificultad para jalar/empujar objetos grandes (Ej. Silla) 1 (X)

TOTAL: 12 PUNTOS

RIESGO DE MUERTE A 4 AÑOS

- () 0 a 5 Puntos <4%
- () 6 a 9 Puntos 15%
- (X) 10 a 13 Puntos 42%
- () ≥ 14 Puntos 64%

EVALUACIÓN DE MALTRATO Y ABUSO DE PERSONAS MAYORES

ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE PERSONAS MAYORES (EAI)

Evaluación general	Muy bueno	Bueno	Deficiente	Muy deficiente	No se puede evaluar
1. Vestimenta		X			
2. Higiene	X				
3. Nutrición		X			
4. Integridad de la piel.			X		
5. Comentarios adicionales.					

II. Posibles indicadores de abuso	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
6. Hematomas			X		
7. Laceraciones	X				
8. Fracturas					X
9. Distintos grados de cicatrización de hematomas o fracturas.	X				
10. Evidencia de abuso sexual	X				
11. Declaración de la persona mayor referente a abuso.		X			

12. Comentarios adicionales: Refiere haber sido desalojada de su hogar aproximadamente un año, por un familiar y haber tenido caídas anteriores sin ser atendida en alguna institución.

La actual fractura de cadera ya había sido diagnosticada por su médico actual.

III. Posibles indicadores de negligencia	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
13. Contracturas	X				
14. Decúbito	X				
15. Deshidratación	X				
16. Diarrea	X				
17. Depresión				X	
18. Impactación	X				
19. Desnutrición				X	
20. Ardor urinario	X				
21. Falta de higiene	X				
22. Incapacidad para responder a advertencia de enfermedad evidente.	X				
23. Medicación incorrecta (más/menos)	X				
24. Internaciones repetidas por falta de probable seguimiento de atención médica.	X				
25. Declaración de la persona mayor referente a negligencia.	X				
26. Comentarios adicionales:					

IV. Posibles indicadores de explotación	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
27. Mal uso del dinero	X				
28. Evidencia de explotación económica	X				
29. Denuncia de demanda de bienes a cambio de servicios	X				
30. Imposibilidad de explicar la posesión de dinero/propiedades.			X		

31. Declaración de la persona mayor referente a explotación.	X				
32. Comentarios adicionales:					

V. Posibles indicadores de abandono	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
33. Evidencia de que un profesional de la salud ha cesado su atención de manera precipitada sin coordinar una alternativa.	X				
34. Evidencia de que una persona mayor queda sola en un ambiente no seguro por periodos extendidos sin el respaldo adecuado.	X				
35. Declaración de la persona mayor referente a abandono.					
36. Comentarios adicionales:					

VI. Resumen	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
37. Evidencia de abuso			X		
38. Evidencia de negligencia	X				
39. Evidencia de explotación					X
40. Evidencia de abandono					
41. Comentarios adicionales:					

VII. Comentarios y seguimiento

Los familiares refieren que aproximadamente hace año y medio la paciente fue desalojada de su hogar, donde vivía con su única hija y nietos, por lo que ahora vive con uno de sus hijos quedando a cargo de su nuera.

Evaluación de maltrato y abuso de personas mayores
Por: Terry Fulmer, PhD, APRN, GNP, FAAN, New York University College of Nursing

“El instrumento de evaluación de personas mayores (EAI, por sus siglas en inglés), un instrumento de evaluación que usa la escala de 41 puntos de Likert, es parte de la literatura desde 1984 (Fulmer, Street, & Carr, 1984; Fulmer, & Wetle, 1986; Fulmer, Paveza, Abraham, & Fairchild, 2000). Este instrumento contiene siete secciones que examinan señales, síntomas y quejas subjetivas sobre abuso, negligencia, explotación y abandono de personas mayores. No tiene un “puntaje”. Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe derivarse al paciente a servicios sociales:

- 1) si existe evidencia de maltrato sin explicación clínica suficiente
- 2) siempre que haya una queja subjetiva de maltrato por parte de la persona mayor
- 3) siempre que el médico crea que haya riesgo alto o probabilidad de abuso, negligencia, explotación, abandono

POBLACIÓN DE DESTINO: El instrumento EAI resulta adecuado en todos los entornos clínicos y deben completarlo los médicos que son responsables de detectar el maltrato de personas mayores.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD: El instrumento EAI se usa desde principios de la década de 1980. La confiabilidad de coherencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) se informa a 0,84 en una muestra de 501 adultos mayores que se presentaron en un entorno del sector de emergencias. La confiabilidad de prueba/repetición de prueba se informa a 0,83 ($P < 0,0001$). Se informa que el instrumento es altamente sensible y menos específico.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES: Las principales fortalezas de EAI son su capacidad de evaluación rápida (la evaluación lleva aproximadamente 12-15 minutos) y la manera en que sensibiliza al médico para detectar el maltrato de personas mayores. Entre las limitaciones se encuentran: no tiene sistema de puntaje y su especificidad es limitada.”⁴⁹

⁴⁹ Boltz Marie, Greenberg Sherry A. Evaluación de maltrato y abuso de personas mayores. Número 15, revisado 2007 prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. PP. 1-2

LABORATORIOS



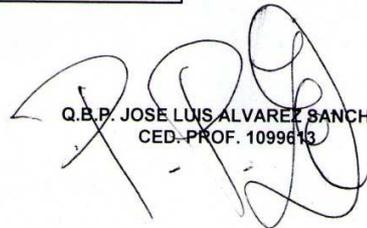
GABINETE DE RADIOLOGIA CLINICA, S.C.

ERMITA IZTAPALAPA 400-C DELEG. IZTAPALAPA C.P. 09080 MEXICO, D.F. TELS: 55 81.16 45 * 55 81.38 84

PACIENTE CRUZ MARTINEZ PEÑA
EDAD 91 AÑOS GENERO FEM FECHA 12/9/2012
MEDICO A QUIEN CORRESPONDA

*****ELECTROLITOS*****

		VALOR NORMAL		VALOR NORMAL
SODIO	137. 20	137.0 - 143.0 mEq/l	CO 2 TOTAL	////// 24.3 - 28.6 mEq/l
CLORO	95. 90	97.0 - 108.0 mEq/l	MAGNESIO	//// 1.9 - 2.5 mg/dl
POTASIO	4. 32	3.7 - 5.0 mEq/l		


Q.B.P. JOSE LUIS ALVAREZ SANCHEZ
CED. PROF. 1099613



ESTE LABORATORIO PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD



PACIENTE CRUZ MARTINEZ PEÑA

EDAD 91 AÑOS

GENERO FEM clinica s.c.

FECHA 12/9/2012

MEDICO A QUIEN CORRESPONDA

Radiología
Pediátrica

****EXAMEN GENERAL DE ORINA****

PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
PH	7.0	5.0-7.0
DENSIDAD	1.025	1.005-1.030
COLOR	AMARILLO CLARO	AMARILLO CLARO O AMBAR CLARO
ASPECTO	TURBIO	
NITRITO	POSITIVO (+)	VALORES NEGATIVOS
PROTEINA	NEGATIVO	
GLUCOSA	NEGATIVO	
CUERPO CETONICOS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	
BILIRRUBINA	NEGATIVO	
SANGRE	NEGATIVO	

Radiología
General

Ultrasonido

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES	0 - 2 POR CAMPO	DE + A ++
LEUCOCITOS	4 - 5 POR CAMPO	1 - 5 POR CAMPO
ERITROCITOS	NEGATIVO	VALORES NEGATIVOS
CILINDROS	NEGATIVO	
CRISTALES	OXALATO DE CALCIO +	
BACTERIAS	+++	
OTROS		

Análisis
Clínicos

OBSERVACIONES

Tira reactiva Automatizada y Microscopia

Electrocardiograma

NOTA: Recuerde que sólo su médico tiene el conocimiento y la autoridad para interpretar estos estudios.

Q.B.P. JOSÉ LUIS ALVAREZ SANCHEZ
CED. PROF. 1099613



Ermita Iztapalapa No.-400-c
Col. Emperador Cacama C.P. 09080 Tel.: 55 81 38 84 y 55 81 16 45



ESTE LABORATORIO PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD



PACIENTE CRUZ MARTINEZ PEÑA

EDAD 91 AÑOS

GENERO FEM

FECHA 12/9/2012

Radiología
Pediátrica

MEDICO A QUIEN CORRESPONDA

PERFIL BIOQUIMICO

VALORES NORMALES

GLUCOSA	<u>68.20</u>
UREA	<u>42.90</u>
NITROGENO UREICO	<u>20.00</u>
CREATININA	<u>1.23</u>
ACIDO URICO	<u>5.90</u>
COLESTEROL	<u>171.60</u>
TRIGLICERIDOS	<u>102.10</u>
T.G.O	<u>25.90</u>
T.G.P.	<u>26.70</u>
BILIRRUBINA TOTAL	<u>0.79</u>
BILIRRUBINA DIRECTA	<u>0.12</u>
BILIRRUBINA INDIRECTA	<u>0.67</u>
PROTEINA	<u>7.02</u>
GLOBULINA	<u>2.91</u>

<u>60 - 110 mg/dl</u>
<u>20.0 - 50.0 mg/dl</u>
<u>4.7 - 21.0 mg/dl</u>
<u>0.5 - 1.0 mg/dl</u>
<u>2.0 - 7.0 mg/dl</u>
<u>Menor de 200 mg/dl</u>
<u>Sospechoso 200 a 240 mg/dl</u>
<u>Hasta 170 mg/dl</u>
<u>Hasta 29 U/L</u>
<u>Hasta 29 U/L</u>
<u>0.1 - 1.2 mg/dl</u>
<u>0.0 - 0.2 mg/dl</u>
<u>0.1 - 1.0 mg/dl</u>
<u>6.0 - 8.3 mg/dl</u>
<u>2.3 - 3.5 mg/dl</u>

Radiología
General

Ultrasonido

Análisis
Clínicos

Método: Espectrofotometría automatizada

* VERIFICADO VALORES FUERA DE RANGO

Electrocardiograma

OBSERVACIONES



[Handwritten Signature]
 ATENTAMENTE
 Q.B.P. JOSÉ LUIS ALVAREZ SANCHEZ
 CED. PROF. 1099613



Ermita Iztapalapa No.-400-c

Col. Emperador Cacama C.P. 09080 Tel.: 55 81 38 84 y 55 81 16 45



ESTE LABORATORIO PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD



PACIENTE CRUZ MARTINEZ PEÑA

Radiología
Pediátrica

EDAD 91 AÑOS

GENERO FEM

FECHA 12/9/2012

MEDICO A QUIEN CORRESPONDA

	PERFIL BIOQUIMICO	VALORES NORMALES	
ALBUMINA	4.11	3.5 - 5.0 mg/dl	Radiología General
RELACION A/G	1.4	1.2 - 2.2 /l	
FOSFATASA ALCALINA	32.90	35.0 - 123.0 U/L	
DESHIDROGENASA LACTICA	190.70	100 - 240 U/L	
FOSFORO	2.01 *	2.5 - 5.0 mg/dl	Ultrasonido
CALCIO	7.21 *	8.5 - 10.5 mg/dl	
INDICE ATEROGENICO	3.5	Sospechoso a partir de 5.10 - 8.5	
AMILASA	89.8	25 - 125 U/L	
GAMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	35.9	HOMBRES 13.0 - 86.0 U/L MUJERES 10.0 - 47.0 U/L	Análisis Clínicos
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	40.10	Mujeres : indicador de riesgo < de 45.0 mg/dl Pronostico favorable >de 65.0 mg/dl Riesgo estandar de 45.0 - 65.0 mg/dl Hombres Indicador de riesgo < de 35.0 mg/dl Pronostico favorable > de 55.0 mg/dl Riesgo estandar de 35.0 - 55.0 mg/dl	
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	140.70	Buen pronostico < de 150.0 mg/dl Indicador de riesgo > de 200.0 mg/dl Riesgo estandar 150.0 - 200.0 mg/dl	

OBSERVACIONES

* VERIFICADO VALORES FUERA DE RANGO

La Fosfatasa Alcalina en niños y adolescentes el valor normal es de hasta 645 U/l
Método: Espectrofotometría automatizada.



Electrocardiograma



Ermita Iztapalapa No.-400-c

Col. Emperador Cacama C.P. 09080 Tel.: 55 81 38 84 y 55 81 16 45



ESTE LABORATORIO PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD



PACIENTE CRUZ MARTINEZ PEÑA

EDAD 91 AÑOS

SEXO FEM

FECHA 12/9/2012

Radiología
Pediátrica

MEDICO A QUIEN CORRESPONDA

BIOMETRIA HEMATICA

VALORES NORMALES

FORMULA ROJA		FEMENINO	MASCULINO
ERITROCITOS	4.4	3.9 - 5.5 mill/mm3	4.7 - 6.0 mill/mm3
HEMOGLOBINA	12.6	12.5 - 17.0 g/dl	15.0 - 19.0 g/dl
HEMATOCRITO	40.1	38.0 - 48.0 vol%	45.0 - 55 vol%
V.G.M.	91.6	84.0 - 103.0 fl	84.0 - 103 fl
C.M.H.G	31.0	30.0 - 37.0 %	30.0 - 37.0 %
H.C.M.	29.9	27.0 - 32.0 pg	27.0 - 32.0 pg
FORMULA BLANCA			
LEUCOCITOS	6,200	5,000 - 10,000 cel/mm3	5,000 - 10,000 cel/mm3
LINFOCITOS	24	18.0 - 45.0 %	18.0 - 45.0 %
MONOCITOS	5	2.0 - 8.0 %	2.0 - 8.0 %
EOSINOFILOS	2	1.0 - 4.0 %	1.0 - 4.0 %
BASOFILOS	0	0.0 - 1.0 %	0.0 - 1.0 %
SEGMENTADOS	69	45.0 - 70.0 %	45.0 - 70.0 %
BANDA	0	1.0 - 6.0 %	1.0 - 6.0 %
PLAQUETAS	198	150 - 450 mil/mm3	150 - 450 mil/mm3
VEL. DE SEDIMENTACION	22	0.0 - 20.0 mm/hora	0.0 - 20.0 mm/hora

Radiología
General

Ultrasonido

Análisis
Clínicos

OTROS

HIPOCROMIA (+)

Electrocardiograma



ATENTAMENTE
Q.B.P. JOSE LUIS ALVAREZ SANCHEZ
CED. PROF. 1099613

Recuento automatizado

Diferencial Microscopía



Ermita Iztapalapa No.-400-c
Col. Emperador Cacama C.P. 09080 Tel.: 55 81 38 84 y 55 81 16 45