

00903
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EL MODELO CONCEPTUAL DE LAS CATORCE NECESIDADES
BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA EN UNA
PERSONA ANCIANA CON ARTRITIS REUMATOIDE.

ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EL ANCIANO
P R E S E N T A :
LIC. SANDRA HERNANDEZ CORRAL

4582

ASESORA: LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ



MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNAM

A LA ENEO

**A todas aquellas personas que contribuyeron
en la elaboración del caso clínico,
pero principalmente a la señora Carmen,
por ser la protagonista del caso.**

**Agradezco a la Lic. Rosa Elia Mendoza
quién ha sido uno de los pilares de mi formación.**

A MIS PADRES

A MI ESPOSO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL CASO	3
OBJETIVOS	6
LA FUNCIÓN DE LA TEORÍA Y LOS MODELOS EN LA SUSTENTACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA	7
Teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson	11
- Principales conceptos y definiciones	11
- Supuestos principales	12
- La persona y las 14 necesidades básicas	13
- La salud, independencia-dependencia y causas de la dificultad	14
- Conceptos de independencia y dependencia	15
- Continuum independencia-dependencia	16
- Fuentes de la dificultad	17
- Fuentes de la dificultad de orden físico	18
- Fuentes de la dificultad de orden psicológico	18
- Fuentes de la dificultad de orden sociológico	18
- Fuentes de la dificultad que tienen repercusión de orden espiritual	19
- Fuentes de la dificultad vinculadas con una insuficiencia de conocimientos	19
- Afirmaciones teóricas	20
- Rol profesional	20
PROCESO DE ENFERMERÍA	
- Definición	22
- Valoración	22
- Análisis e interpretación	24
- Planificación	29
- Ejecución	32
- Evaluación	33
- Valoración geriátrica	35
VALORACIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE	
- Definición de artritis reumatoide	45
- Anatomía patológica	45

- Signos y síntomas	47
- Diagnóstico	51
- Tratamiento	51
- Artritis reumatoide como factor de riesgo a caídas	56
- Artritis reumatoide como factor de riesgo a depresión	57

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BAJO EL ENFOQUE DEL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

- Valoración	59
- Necesidad de moverse y mantenerse en una buena posición	77
- Necesidad de trabajar y realizarse	80
- Necesidad de comunicarse	83
- Necesidad de Nutrición e hidratación	85
- Necesidad de eliminación	87
- Necesidad de descanso y sueño	89
- Necesidad de higiene y protección de la piel	91
- Necesidad de evitar peligros	93
- Necesidad de vivir según sus creencias	96
- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	98
- Necesidad de aprendizaje	100
- Necesidades satisfechas	103

CONCLUSIONES 104

BIBLIOGRAFIA 106

ANEXO

- Escala de Katz	112
- Valoración del equilibrio y la marcha	113

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se desarrolla bajo el enfoque del modelo conceptual de Virginia Henderson de las catorce necesidades básicas y el proceso de enfermería. El proceso se aplica a una persona anciana con artritis reumatoide. Por lo que se retoman aspectos específicamente de esta etapa de desarrollo. Para Henderson una persona anciana no conlleva el que su debilitamiento fisiológico fácilmente perceptible sea necesariamente incompatible con un crecimiento o desarrollo interno el cual resulta menos evidente. Además se debe tener en cuenta la complejidad del ser humano independientemente de su edad, no depende únicamente de la complejidad de cada una de sus dimensiones, sino del vínculo que existe entre cada una de ellas es decir un ser biopsicosocial. Dentro de esta visión completa de la persona anciana se ha elegido el concepto de enfermería en el que se valora la globalidad del individuo y los recursos que permiten satisfacer de manera independiente sus necesidades personales.

Cuando la enfermera ayuda al ser humano en las situaciones en las que hay insuficiencia de recursos (fuerza, voluntad o conocimiento) en los que hay riesgo de comprometer la satisfacción de sus necesidades y la independencia. Esta insuficiencia de recursos puede aparecer en cualquier estadio de desarrollo; pero puede ser como consecuencia del envejecimiento normal o de un proceso patológico, en este caso la función de la enfermera es restaurar la independencia del ser humano para satisfacer las necesidades. Considerando lo anterior me parece acertada la utilización de este modelo en pacientes geriátricos.

El documento incluye varios capítulos, uno es el marco teórico en donde se desarrollan los antecedentes y aspectos relacionados con el proceso patológico que se aborda, es decir, artritis reumatoide, además conocimientos que no se pueden dejar de lado, considerando que es una enfermedad que con el paso del tiempo ocasiona dependencia para la satisfacción de las necesidades. Otro aspecto que se toca es el modelo de enfermería utilizado y del proceso de enfermería que son la base para proporcionar

cuidados de enfermería. Otro apartado es el desarrollo del proceso de enfermería en donde se describen todos los pasos que indica éste, finalmente una sección de conclusiones y un anexo.

Al concluir el caso clínico se reconoce la importancia de proporcionar cuidados de enfermería bajo un modelo que guíe la práctica de enfermería, creando así un lenguaje propio de la disciplina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La señora Carmen de 65 años de edad, de estado civil casada, de religión católica y de ocupación comerciante, originaria de Celaya, Guanajuato, residente en la ciudad de México desde hace más de 50 años, actualmente vive en avenida 5 de Mayo No. 38 en San Luis Tlalxialtemalco delegación Xochimilco, en una casa propia que cuenta con todos los servicios, acompañada de su esposo Manuel de 78 años de edad.

Los recursos económicos para su manutención los obtiene de la pensión de su esposo (IMSS) que no es suficiente; por lo que se dedica al comercio (en un puesto del mercado de San Gregorio vende utensilios de cocina de segundo uso).

Durante su infancia y en la actualidad no ha recibido inmunizaciones.

Se realiza una descripción de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson.

La respiración es libre por la nariz, ritmo respiratorio regular, frecuencia respiratoria 21 por min. La amplitud respiratoria es profunda, no existen ruidos respiratorios, coloración rosada de la piel y mucosa orales, sin expectoración.

Talla 1.49m. peso 80Kg. Usa prótesis dental total en buen estado y bien ajustada, mucosa oral rosada y húmeda, lengua rosada, masticación lenta, reflejo de deglución presente.

Horario de comida 3 veces al día, espaciadas por periodos de 5-6 horas, la duración de cada comida es de 20-30min.; toma una colación por la tarde (fruta).

Presenta alteraciones del gusto, polifagia y aumento de peso. Utiliza los cuatro grupos de alimentos en la composición del menú, pero la mayor parte es de carbohidratos y pocas proteínas.

En cuanto a la hidratación la ingesta de líquidos diaria es de 1500 a 2000ml.; la mayor parte es ingerida por la tarde y noche.

Restricción alimenticia en festividades religiosas (ayuno).

La comida la realiza en compañía de su esposo.

Orina: color amarillo claro, olor normal, pH5, proteínas, sangre, glucosa y cetonas negativo. Frecuencia 7-8 veces al día, cantidad no cuantificada.

Heces color marrón, consistencia blanda, frecuencia 3 veces por día.

Presenta poliuria cuando el clima es muy frío y nicturia.

Antecedentes gineco-obstétricos: G 14, P 10 A-4 C-0

Menarca 13 años, ciclo 5x33-35, menopausia 38 años sin terapia hormonal.

Preocupación de su vida sexual las relaciones sexuales terminaron hace 4 años, ahora sólo existen caricias, abrazos y besos.

No realiza ningún tipo de ejercicio. Las articulaciones del hombro y codo están rígidas y dolorosas. Las articulaciones de las rodillas presentan inflamación y dolor. Existe deformación de las articulaciones de las falanges. Tiene problemas para la marcha utiliza bastón inadecuadamente, los arcos de movilidad están disminuidos en general. Puede realizar actividades de la vida diaria.

Las horas de sueño son de 7-8, tiene sueño ligero, presenta disturbios del sueño frecuentes, despertares a causa de la nicturia. Los hábitos antes de dormir son: tomar té caliente, bordar servilletas y rezar un poco. Minimental 27.

Las condiciones del entorno favorecen el sueño.

Cuenta con la capacidad física y cognitiva para vestirse y desvestirse, las prendas de vestir que usa están limpias aunque no cuenta con la capacidad física para lavar (lava su esposo). Utiliza ropa apropiada para la actividad que realiza. La ropa que utiliza es ligera y el clima es frío.

La temperatura es de 36.5° C, sensación de frío en la casa, el clima es húmedo.

En general se encuentra aseada, cabello corto limpio y cano. La piel se encuentra limpia, con cambios de coloración, reseca y áspera, presenta hematomas por golpes frecuentes con los muebles de la casa.

Presenta hiperqueratosis y hallux valgus en el pie derecho. Los hábitos de higiene son baño completo diario o cada tercer día en caso de que la temperatura este baja.

Presenta disminución de la agudeza visual, disminución de los reflejos posturales. Existen múltiples factores de riesgo a caídas en el ambiente además de presentar problemas de marcha.

Manifiesta tener dificultad para interrelacionarse y tomar decisiones, le cuesta trabajo manifestar sus emociones, por lo cual, llora a raíz de la incapacidad provocada por la AR, la comunicación verbal es adecuada y facilita el entendimiento.

La relación con sus hijos es buena en general, la ayudan en su manutención y la visitan con frecuencia, se siente satisfecha con la frecuencia con que los ve.

Es comerciante y tiene problemas con su imagen corporal debido a las deformaciones de las manos y rodillas como consecuencia de la AR.

Ocupa su tiempo libre en tejer y leer , no realiza ninguna actividad para resocializarse.

Sabe leer y escribir poco. La capacidad de atención y memoria está disminuida.

Demuestra interés por aprender a cerca de su cuidado y educación para la salud.

OBJETIVOS

Utilizar el modelo de enfermería de Virginia Henderson como modelo para guiar la práctica de la enfermería geriátrica.

Proporcionar cuidados de enfermería especializados a una persona anciana con artritis reumatoide, utilizando el proceso de enfermería como guía metodológica para realizar la valoración, los diagnósticos de enfermería y la definición de las intervenciones.

LA FUNCIÓN DE LA TEORÍA Y LOS MODELOS EN LA SUSTENTACIÓN DE LA PRACTICA DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA

La enfermería se consolidó en 1860 con Florence Nightingale, quién estableció que la ciencia de enfermería era diferente a la médica. Dijo que la enfermería se basaba en el conocimiento de la persona y su entorno. Sólo hasta la década de los 50's se manifestó el interés para empezar a desarrollar, articular y analizar una teoría de enfermería. ¹

Las teorías de enfermería surgen por la necesidad de fortalecer una doctrina para enfermería y establecerla como profesión. La constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos. En el pasado, la profesión de enfermería adoptó teorías de otras profesiones como: la medicina, la psicología y sociología como base de su práctica.

Para que la enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su propio cuerpo de conocimientos, éstos conocimientos pueden ser expresados como teorías y modelos conceptuales. ²

"Un modelo conceptual es una idea que se expresa mediante una representación física y simbólica. Están formados por conceptos que son palabras que describen imágenes mentales de fenómenos y proposiciones que son declaraciones acerca de los conceptos. El modelo conceptual es un grupo de conceptos y las proposiciones que lo integran en una configuración significativa. Los conceptos son muy abstractos y generales, no se observan directamente en el mundo real y no se limitan a una situación, individuo, grupo o evento específico". ³

El significado de cada término empleado para describir un concepto o proposición está conectado con el foco particular del modelo.

¹MORENO FERGUSON Ma. Elisa, Desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería, En el curso de avances de enfermería, octubre de 1998. P.2.

²WESLEY R. L., Teorías y modelos de enfermería, 2ª.ed., Edit. Interamericana, 1995. P. 2.

³FAWCETT Jaqueline, Modelos conceptuales, teorías e investigación, en: The relationship of theory and research, 2ª.ed., FAD Davis Company, Philadelphia, 1992. P.101-102.

El vocabulario de cada modelo conceptual no debe ser utilizado como jerga, cada ciencia tiene sus términos propios, conceptos y principios los cuales son esenciales para el desarrollo de su base de conocimientos.

Un modelo de enfermería es un marco de referencia, es una forma de ver a la enfermería o una imagen de lo que abarca. Un modelo de enfermería, es una representación de ésta, no una realidad. Estos están descritos en palabras, algunos utilizan esquemas para representar las relaciones y enlaces entre los conceptos del modelo.

La necesidad de utilizar modelos de enfermería se debe a que éstos proveen un marco de referencia para la práctica profesional, determinando el campo de acción e introduciendo ideas innovadoras para mejorar el cuidado de enfermería que se presta.

Los modelos conceptuales deben ser ubicados dentro de una jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería, donde el componente más abstracto es el metaparadigma, que es una declaración o grupo de declaraciones que identifican los fenómenos de interés de una disciplina y actúa como una unidad encapsulante de ellos.⁴

Según Fawcett, las funciones del metaparadigma son reflejadas en los siguientes requerimientos:

1. El metaparadigma debe identificar un dominio que es distinto del dominio de otras disciplinas. Este requerimiento se cumple cuando los conceptos y las proposiciones representan una perspectiva única para la práctica y la investigación.
2. Debe abarcar todo fenómeno de interés para la disciplina, por esto son globales.
3. Debe ser una perspectiva neutra.
4. Debe ser internacional en enlace y esencia.

Hoy en día existe un acuerdo en que los cuatro conceptos centrales que soportan el paradigma de enfermería son: salud, persona, ambiente y enfermería.

La persona es el receptor del cuidado de enfermería y puede ser un individuo, una familia o un grupo comunitario.

Hoy en día la persona se define holísticamente como un todo más allá de la suma de sus partes.

⁴ MORENO FERGUSON Ma. Elisa, Op. Cit. P.2

El ambiente se refiere a todo lo que rodea a la persona, esto incluye a las personas significativas y el lugar donde ocurren las acciones de enfermería. Se considera como parte indivisible de la persona.

La salud se identifica como la meta de enfermería. Según Villalobos (1998) algunos la trataron en forma dicótoma (salud-enfermedad) y las acciones de enfermería ocurren en cualquier punto de desarrollo de la persona. Una persona puede lograr el bienestar independientemente de su estado de salud.

La enfermería se relaciona con las acciones que desarrollan a favor o en conjunto con las personas, por esta razón algunos toman el concepto como de cuidado de enfermería que son las intervenciones que se llevan a cabo entre las personas y la enfermera.⁵

La relación entre los conceptos del metaparadigma se describen en cuatro proposiciones:

1. Une a la persona con la salud. La disciplina está relacionada con los principios y leyes que gobiernan el proceso de la vida, de sentirse bien y el funcionamiento óptimo de las personas enfermas o sanas.
2. Enfatiza la relación entre la persona y el ambiente. La disciplina de enfermería está relacionada con los patrones de conducta humana en interacción con el ambiente tanto en los eventos normales de la vida como en los críticos.
3. Liga la salud con la enfermería. La disciplina esta relacionada con las acciones de enfermería o con los procesos por los cuales los cambios positivos en el nivel de salud son efectivos.
4. Relaciona la persona con el ambiente y la salud. La disciplina se relaciona con la integridad o salud de los seres humanos recordando que ellos interactúan continuamente con su ambiente.

Como puede apreciarse, los modelos conceptuales son derivados del metaparadigma y así incorporan los conceptos más globales y las proposiciones de una manera más restringida y abstracta.

⁵ MORENO FERGUSON Ma. Elisa, Op. Cit. P.3-4.

Según Fawcett, la persona es identificada como un ser biopsicosocial y espiritual el cual es definido como un sistema adaptativo, un sistema de comportamiento, un agente de autocuidado o un campo de energía. El ambiente se identifica como estructuras externas que pueden ser la familia, la comunidad, la sociedad o agentes físicos, unos los ven como fuentes de recursos para la persona, otros como fuente de estímulos y otros como fuentes estresores.⁶

⁶ IDEM., p. 4-5.

TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que le llevó a desarrollar su trabajo fué la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde su época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud.

El modelo absolutamente medicalizado de la enseñanza de enfermería de aquella época, le creaba la insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en éstos temas. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería se dió cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y sin este elemento primordial para ella, no podían establecer los principios de la práctica de la profesión.⁷

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA: Henderson define a la enfermería en términos funcionales.

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

SALUD Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de la enfermería. Menciona que es la calidad de la vida más que la salud en si misma, esa reserva de energía mental y física que permita a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar un mayor nivel potencial de satisfacción de la vida.

⁷ FERNANDEZ FERRIN Carmen, El proceso atención de enfermería. Estudio de caso, 1ª. ed., Ed. Masson Salvat, España, 1995. P. 3.

ENTORNO. Tampoco hace Henderson una definición propia de entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary 1961, que define al entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

PERSONA. Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud o independencia o una muerte tranquila. El cuerpo y la mente son inseparables. Considera al paciente y a su familia como unidad.⁸

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos principales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

ENFERMERÍA

1. La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
2. La enfermera actúa como miembro del equipo sanitario.
3. La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico.
4. La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
5. La enfermera puede apreciar las 14 necesidades básicas.
6. Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA

1. La persona debe mantener un equilibrio físico y emocional.
2. El cuerpo y la mente de la persona son inseparables.
3. El paciente requiere ayuda para ser independiente.
4. El paciente y su familia forman una unidad
5. Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

8 TOMEY Ann Marriner, Modelos y teorías en enfermería, 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma, España, 1994. P. 105.

SALUD

1. La salud representa calidad de vida.
2. La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
3. La salud requiere independencia e interdependencia.
4. La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo.
5. Los individuos se mantienen en un nivel de bienestar, si tienen la fuerza, la voluntad y los conocimientos.

ENTORNO

1. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad, aún estando con un proceso patológico, el individuo puede mantener un nivel de bienestar.
2. La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
3. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
4. Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción, adquisición, equipamiento y mantenimiento de edificios.⁹

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psíquica) y promover su desarrollo.

Las necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño

⁹

Idem. P. 105.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien, cada persona, en su unicidad, tienen la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de desarrollarse a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psíquicos socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de las necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para valorar el estado del individuo como un todo. No obstante debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una son adecuadas cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recolección de datos de la etapa de valoración en el proceso atención de enfermería. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios determinados por Henderson de independencia y dependencia.

10

¹⁰ FERNANDEZ FERRIN Carmen, Op. Cit. P. 4-5

LA SALUD INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Virginia Henderson ,desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener el estado de salud óptimo. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson, a una de 3 causas y que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

INDEPENDENCIA

Puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Como se ha mencionado antes el modo de satisfacer sus propias necesidades, así como la forma en que cada uno manifiesta que ésta necesidad está satisfecha, es totalmente individual.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según aspectos biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales. Todo ello a su vez modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

DEPENDENCIA

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resultan adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben ser considerados al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

Existen manifestaciones de dependencia cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de

la incapacidad del individuo para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.¹¹

CONTINUUM INDEPENDENCIA –DEPENDENCIA

La noción de satisfacción da un nivel aceptable y es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo puede darse un ciento grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del individuo. La dependencia se instala en el momento en que el paciente debe recurrir a otro para que asista, le enseñe lo que debe de hacer o lo supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

1.El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica	2 Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de ayuda o una prótesis.	INDEPENDENCIA			
DEPENDENCIA		3. Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, debe ser asistido aunque sea ligeramente.	4. Necesita asistencia para utilizar un aparato o dispositivo de sostén o prótesis.	5. Debe contar con una persona para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.	6. Debe confiarse enteramente a otro para poder satisfacer sus necesidades.

12

La dependencia de una persona debe de ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de

¹¹ PHANEUF, M., Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería, 1a., Ed. Interamericana, España, 1993, p. 31.

¹² FUENTE: PHANEUF, M., Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería, 1a.ed., Ed. Interamericana, España. P. 31.

dependencia ligera o total, transitoria o permanente. Es evidente que cuanto es mayor la intensidad y la duración de la dependencia más importante es el impacto sobre la persona y los cuidados de enfermería.

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Pueda afectar aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales o espirituales del individuo.

Este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de 3 niveles de intervención, es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria. Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse dependencia como potencial, y tendrá que planificarse una acción orientada para evitar la instalación permanente.

Sin embargo cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia actual y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Si a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede llegar a ser corregido, la dependencia se convierte en permanente o crónica.¹³

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Las fuentes de la dificultad pueden definirse como el impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o más necesidades fundamentales. Es poco frecuente que una necesidad insatisfecha no tenga repercusión negativa sobre otras necesidades, de tal manera que perjudica la satisfacción de las demás.¹⁴

Las causas de la dificultad pueden ser las siguientes:

1. Por falta de fuerza. Interpretamos como falta de fuerza, no sólo las capacidades físicas o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, la cual vendrá

¹³PHANEUF M., Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, 1a.ed. Ed. Interamericana, España, 1993, p. 32-36.

¹⁴RIOPELLE L., Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona, 1a.ed, Ed Interamericana, España, 1997. P. 72.

determinada por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Por falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Por falta de voluntad entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.¹⁵

FUENTES DE LA DIFICULTAD DE ORDEN FÍSICO

Las fuentes de la dificultad de orden físico comprenden cualquier impedimento físico, de cualquier naturaleza intrínseco o extrínseco, que entorpece la satisfacción de una o más necesidades.

Las fuentes intrínsecas de la dificultad provienen del propio individuo, es decir, que son causados por factores orgánicos, genéticos, fisiológicos propios del individuo.

Las fuentes extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una o varias de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un serio problema para el individuo.

FUENTES DE LA DIFICULTAD DE ORDEN PSICOLÓGICO

Las fuentes de la dificultad de orden psicológico comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y de intelecto, que pueden influir en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Conciernen (cotidiano intelectual) a los trastornos de pensamiento, ansiedad, estrés, problemas de evolución de la personalidad, estado de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones de crisis.¹⁶

FUENTES DE LA DIFICULTAD DE ORDEN SOCIOLÓGICO

Por naturaleza el hombre debe vivir en sociedad para satisfacer sus necesidades fundamentales. Crece en el seno de un grupo familiar y ha de recurrir a empresas creadas por la sociedad para instruirse, trabajar, procurarse el aprovisionamiento o cuidarse. Se

¹⁵FERNANDEZ FERRIN CARMEN, Op. Cit. P.7.

¹⁶PHANEUF M., Op. Cit. P. 36-39

crea una red de amigos y de relaciones; se une a una pareja y funda con frecuencia una familia. Estas interacciones pueden ayudarle en la satisfacción de sus necesidades o, en determinados casos, ponerle límites. Las fuentes de la dificultad de orden sociológico comprenden pues, problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones, en resumen, problemas ligados a su inserción en la comunidad.

Estas fuentes de la dificultad están vinculadas con los planos relacional y cultural. Pueden presentarse bajo la forma de una pérdida o de modificación del rol social (nuevo empleo), de dificultades de adaptación del rol como maternidad, trabajo fuera de casa, cambio de estatus, sentimientos de rechazo o de alineación.

FUENTES DE LA DIFICULTAD QUE TIENEN REPERCUSIÓN DE ORDEN ESPIRITUAL

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

FUENTES DE LA DIFICULTAD VINCULADAS A UNA INSUFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS

El hecho de estar mal informado sobre la salud, su realidad personal, familiar o del entorno pueden constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. La enfermera puede ayudar al cliente a adquirir conocimientos de cara a ayudarles a satisfacer sus necesidades o ante ciertos problemas de salud que estos originan. Estos elementos de información han de tener como objetivo prioritario el conocimiento de sí mismo, de la salud, enfermedad y después del conocimiento de otros y del entorno.¹⁷

¹⁷Idem, P. 40-41

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Se identifican 3 niveles en la relación enfermera paciente, que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente.

1. La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente
2. La enfermera como ayuda del paciente
3. La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarse completo, íntegro o independiente, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir los recursos para su independencia- Henderson afirma " La independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana no por una dependencia enferma"

Como compañera, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico aunque se hayan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo sea esta independencia o la muerte tranquila.¹⁸

ROL PROFESIONAL

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que llevan a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en las personas.

¹⁸ ANN MARRINER TOMEY, Op. Cit. p 106.

Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con los conceptos de las necesidades básicas descritas antes, en el sentido de que los cuidados básicos de enfermería son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adoptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo de salud así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un plan global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

Con relación al paciente, Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, su misión primordial consiste en asistir a esta persona. Si el paciente no comprende o acepta el programa tratado con él y para él ni coopera en su desarrollo, se pierde gran parte de los esfuerzos del equipo.

El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos de personas en cuanto a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.¹⁹ Durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

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

VALORACIÓN

La recolección de datos es la fase inicial del proceso de cuidados. Consiste en reunir todos los datos posibles, necesarias para los cuidados del individuo.

Se sitúa al principio del proceso y de ella depende su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recolección de datos se convierte en un proceso continuo de recolección de datos. En efecto a lo largo de su trabajo la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes.

Para llevar a cabo la recolección de datos, la enfermera deberá acudir a distintas fuentes. La fuente primaria o directa de información será siempre el propio cliente, sin embargo, existen fuentes secundarias o indirectas, que pueden añadirse a la primaria, tales como: historia clínica, la familia, el entorno del paciente y el intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud.

¹⁹ALFARO Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica, 2a. ed., Ed Doyma, España, 1992. P. 7-8.

La enfermera cuenta con tres fuentes principales para proceder a la recolección de datos: la consulta de fuentes secundarias, la observación del paciente y la entrevista con el paciente así como la exploración física.

La observación es el elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar y analizar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.

La entrevista es una forma especial de intervención verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobreentiende que el objetivo de este encuentro es recoger datos que permitan descubrir sus necesidades que permanecen insatisfechas en la persona y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.

La entrevista puede dividirse de distintas maneras, según el modo de análisis que se aplique en su desarrollo. En este trabajo consideramos que se divide en cuatro:

1. Preparación del material y la preparación organizativa que llevan a la enfermera a acudir a distintas fases (historia clínica, otros profesionales) para recoger los datos previos.
2. La introducción es el momento en que se pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y la persona entran en conocimiento uno y otro.
3. El desarrollo o cuerpo de la entrevista que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y la persona. Los elementos recolectados en esta fase le permiten trazar el perfil de la persona cuidada, en relación con las 14 necesidades fundamentales.
4. Conclusión que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias a la persona por su colaboración, charlar un poco con él y decirle que ya tiene la información que necesita. Si por causa del cansancio de la persona o por que ha de recibir algún tratamiento necesita entrevistarse de nuevo para completar datos, es necesario que se lo diga.

La fórmula de la recolección de datos utilizada en el marco conceptual de Virginia Henderson consiste en una enumeración de preguntas relativas a las catorce

necesidades fundamentales (se trata de transformar estas preguntas en una formulación de un lenguaje simple y adaptado de tal forma que lo pueda entender la persona).

El objetivo de la recolección de datos es identificar los problemas que encuentra la persona para satisfacer sus necesidades, por lo cual, la enfermera debe actuar de tal forma que las dificultades puedan salir a la luz. No es aconsejable que siga ciegamente su fórmula de recolección de datos. Por una parte, se verá obligada a hacer algunas preguntas suplementarias que aclaren ciertos aspectos, y no se contenta con una respuesta superficial e imprecisa. Por otra parte tendrá que pasar por alto determinadas preguntas que le parecen inoportunas en la situación que está viviendo la persona.

La enfermera deberá permitir a la persona a que se dirige que vaya respondiendo de acuerdo con su ritmo y asegurándose de que ha comprendido bien el sentido de la pregunta. Es importante que se le deje expresarse sin abrumarla, aunque a veces será necesario que la reduzca hacia el tema de la entrevista.²⁰

EL ANÁLISIS Y LA INTERPRETACIÓN

Analizar significa escrutar (mirar hacia adentro), profundizar, tratar de distinguir y descomponer en sus partes, hacer clasificaciones y hacer relaciones.

Dentro del marco conceptual de Virginia Henderson, este análisis se lleva por medio del examen de datos y su clasificación en variables de independencia, lo que refleja la satisfacción autónoma de necesidades, y las variable de dependencia, los que la descartan. El análisis supone igualmente la agrupación de los datos en torno a cada una de las 14 necesidades con el fin de establecer un esquema de conjunto.

Estas premisas nos permiten ver como se presentan los problemas de los cuidados, y en consecuencia establecer las relaciones y prioridades entre los problemas.

Interpretar quiere decir explicar, dar un sentido. En el marco del proceso de cuidados según el modelo de las necesidades fundamentales, esto significa explicar el origen de la causa del problema de dependencia y detectar los factores que contribuyen a ella, es decir, definir las fuentes de la dificultad. El problema de dependencia junto a su fuente de

²⁰PHANEUF M, Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería, 1a ed., Ed. Interamericana, España, 1993. p. 59-64.

la dificultad, constituyen el diagnóstico de cuidados, que es dentro del proceso, el objetivo del análisis y la interpretación.

Uno de los primeros papeles que debe desempeñar la enfermera en esta etapa consiste en determinar si los datos recolectados demuestran que la necesidad permanece insatisfecha por lo que el cliente no puede cubrirla por sí mismo, tratar de ver con claridad en qué medida es dependiente; a continuación la enfermera debe intentar descubrir dónde se encuentra de forma más evidente la fuente de la dificultad que obstaculiza la satisfacción de la necesidad.

Situada la enfermera ante una serie de datos, ha de examinarlos y compararlos con lo que ella conoce sobre los factores que, normalmente aseguran la satisfacción de las necesidades del ser humano. Ha de contrastar igualmente esos factores conocidos con los comportamientos que el paciente ha tenido antes de aparecer el problema de salud y llegar, en cada caso, a la conclusión de que se trata de comportamientos que permiten o no satisfacer la necesidad analizada.

Sus conocimientos sobre enfermería, anatomía, fisiología, fisiopatología, nutrición, psicología, sociología, etc., le sirven de puntos de apoyo en este proceso.

Estos conocimientos son los que le permiten a la enfermera establecer, ante cada una de las necesidades, cuál es el estado óptimo que debería alcanzar la persona y cuales son las desviaciones que lo apartan de este estado; cuales de ellas son de naturaleza biológica, psicológica, social, cultura o espiritual.

1. Estos conocimientos hacen que la profesional sea capaz de considerar los hechos, los comportamientos, signos y síntomas con una mirada atenta.
2. Identificar las relaciones que existen entre los elementos que observa.
3. Buscar las causas que los provocan.
4. Determinar el grado de autonomía de la persona.
5. Prevenir las consecuencias posibles
6. Establecer prioridades.

Para orientarse en la búsqueda del problema de dependencia del cliente, la enfermera debe previamente examinar los datos elegidos y separar los comportamientos que favorecen la satisfacción de las necesidades, de los que no la permiten.

Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera está en posesión de la información que demuestra las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de esta información, pueden llegar a deducir cual es el problema del cliente y establecer un diagnóstico de enfermería.

El establecimiento de un diagnóstico de enfermería facilita su trabajo. Sumergida en un montón de datos le resultaría evidentemente difícil planificar intervenciones apropiadas. La formulación sintética de estas informaciones, por medio de un diagnóstico de enfermería, permite al que suministra cuidados darse cuenta el sentido de su intervención. El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia, y cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de las fuentes de la dificultad, denominados elementos etiológicos secundarios.

La primera etapa que hay que cubrir para establecer un diagnóstico de enfermería consiste en descubrir el problema de dependencia del cliente.

Problema de dependencia: es un cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental, que puede ser de orden bio-psico-social, cultural y espiritual, y se manifiesta a través de signos observables. La definición de este problema es en cierto modo, la conclusión que saca la enfermera a partir de los datos que revelan que hay una necesidad insatisfecha, La enfermera reúne datos que luego los sintetiza, formulándolos en unos pocos términos concisos, con los que se diseña una imagen útil y significativa que explica claramente la situación.

El ser humano es un todo completo y unificado. De ahí cuando una necesidad permanece insatisfecha, ésta insatisfacción repercute entre las distintas necesidades de las personas.

La enfermera puede darse cuenta de estos lazos en el momento en que realiza la recolección de datos. Pero generalmente es más fácil descubrir las relaciones en el

momento de definir el problema de dependencia y la fuente de la dificultad. Por lo que una intervención que sirva para corregir un problema con frecuencia es suficiente para corregir los demás problemas que están relacionados con él. Esto evita la multiplicación innecesaria de intervenciones que tienen el mismo objetivo.

Los lazos que mantienen entre sí estas necesidades vitales permiten ver al individuo de forma unitaria, en su totalidad, y no como un conjunto de necesidades compartimentadas.

Otra etapa que hay que superar para establecer un diagnóstico de enfermería, consiste en determinar, en la medida que sea posible, las causas del problema de dependencia, es decir, las fuentes de la dificultad. Una fuente de la dificultad es un impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales; en consecuencia, es el origen del problema de dependencia del cliente, o lo que contribuye a él. En definitiva se trata del factor etiológico, de la causa del problema. Puede estar relacionado con factores de orden físico, psicológico, sociológico y espiritual o con un déficit de conocimientos.

Cuando la enfermera se encuentra ante un problema, puede ocurrir que allí haya una dependencia pero el resultado es difícil de identificar con precisión la fuente de la dificultad, cree que existe una, pero no está absolutamente segura.

Ocurre alguna vez que tras identificar la fuente de la dificultad principal de un problema, la enfermera se da cuenta por análisis de los datos recolectados que este elemento no actúa en solitario. Hay otros factores que entran también en juego y que complican la influencia de la fuente primaria de la dificultad, se trata de los factores que pueden denominarse también factores etiológicos secundarios.

La formulación de los diagnósticos de cuidados se hace a partir de todo un conjunto de información recolectada por la enfermera y de la cual ha extraído por deducción o inducción, una explicación del problema y de su causa.

Los diagnósticos formulados de esa manera orientan el trabajo de la enfermera y dan sus intervenciones y objetivos precisos. Dirigen su actividad tanto en su papel de profesional autónomo como en sus acciones de colaboración con el médico.²¹

²¹ Idem ,p. 80-82.

Quando uno desea establecer un diagnóstico de cuidados, se da cuenta de la ambigüedad de ciertos conceptos claves. Un problema de salud es una situación tan compleja que no se puede siempre encerrar dentro de unas pocas abstracciones. En la práctica, uno se da cuenta de que ciertos elementos pueden ser contemplados a la vez como problemas de dependencia o como fuentes de la dificultad, según desde el punto de vista que se mire. Por ejemplo: el dolor puede ser considerado como un problema de dependencia en sí mismo y, por consiguiente, ser un diagnóstico de enfermería con distintos factores etiológicos (dolores debidos a la AR). Por otra parte puede ser tratado como fuente de dificultad como por ej. En una alteración de la movilidad relacionada con dolor.

Un problema de salud provoca con frecuencia múltiples problemas de dependencia en la persona. La enfermera debe establecer prioridades entre los problemas a los que va a dedicar su atención.

El ser humano presenta necesidades fundamentales que, atendiendo a su intensidad y su urgencia, no siempre se manifiestan necesariamente de la misma manera. Todas las necesidades fisiológicas de base, deben ser generalmente satisfechas.

Se pueden establecer algunos criterios. Unos pueden aplicarse en determinadas situaciones y en condiciones diferentes pueden ser válidas otras.

Para la misma prioridad pueden incluso ser convenientes varios criterios:

1. De una necesidad cuya insatisfacción pone en peligro el estado de homeostásia del individuo.
2. De una necesidad cuya insatisfacción entrará en un fuerte desgaste de energía.
3. De una insatisfacción que puede comprometer la inseguridad del cliente.
4. De una necesidad cuya insatisfacción determina un grado importante de dependencia.
5. De la insatisfacción de una necesidad que repercute en otras.
6. De una necesidad cuya insatisfacción perjudica el confort de la persona.
7. De una necesidad cuya insatisfacción puede repercutir en la percepción personal de la dignidad de la persona.

8. De una necesidad cuya insatisfacción es importante a los ojos de la persona y para la cual tiene la motivación de actuar.²²

PLANIFICACIÓN

La planeación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos, sobre el estado físico y mental de la persona y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción y programar sus etapas, los medios que van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que hay que tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo a una estrategia definida de antemano.

Esta etapa, que se llama también plan de intervención o plan de cuidados; está compuesta de dos elementos: los objetivos y las intervenciones.

El plan de intervención es el instrumento por excelencia que tiene entre las manos la enfermera para su trabajo diario. El plan de cuidados es el que orienta todas las actividades de la enfermera, tanto en relación con un cliente determinado como con el conjunto de clientes que están bajo su responsabilidad.

Es importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales médicos, enfermeras y otros terapeutas. Debe, por tanto, existir una fuente de información que los ponga al corriente de los cuidados en curso de cada persona; esto se realiza a través de un plan de cuidados escrito. Este plan es un lugar común en el que todo el equipo de salud puede encontrar información útil para esclarecer el problema de la persona y una orientación común para la acción. En consecuencia, puede convertirse en un instrumento de comunicación y unificación de cuidados utilizado por todos los profesionales de salud que actúan dentro de una unidad de cuidados.²³

²² Idem. p. 83-88.

²³ Idem, p. 101.

La mayor utilidad del plan de cuidados consiste, en facilitar un seguimiento de cuidados entre las distintas enfermeras y equipo de trabajo. En efecto, las enfermeras de los diferentes equipos de trabajo, pueden de esta forma asegurar una línea constante de orientación. En este caso, el plan de intervenciones se convierte en el instrumento por excelencia de la continuidad de los cuidados.

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de Virginia Henderson, consiste en conducir al cliente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de estas necesidades. Es pues esencial, en medida de lo posible que se haga colaborar al cliente en la preparación de su plan de intervención y en la colaboración de establecimiento de prioridades.

El primer paso de la planificación de los cuidados la constituyen los objetivos. Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

A partir de las conclusiones aportadas por el diagnóstico de enfermería, la enfermera elige en este momento la orientación que va a seguir, decide el cambio que va a provocar en la persona para que pueda resolver sus problemas de dependencia.

Los objetivos de cuidados pueden definirse como una meta a la que se quiere que llegue la persona. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente o de un resultado que desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o intervenciones.

Las características de los objetivos son: especificidad, acción esperada, implicación o nivel de compromiso y realismo.

Desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo; para que sea aplicable debe ser realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarle a conseguirlo.

Que sea observable: un objetivo debe orientarse hacia comportamientos, hacia acciones objetivamente apreciables y observables, que en determinado caso, deben ser incluso mensurables.

Los objetivos de cuidados pueden pertenecer a campos diferentes, pueden ser:

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

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento de la persona, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo, no tiene que ser necesariamente el mismo para todos, por lo que existen objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Las intervenciones es el segundo paso a seguir en la planeación, la elección de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y forma para conseguir el comportamiento esperado en la persona y para corregir su problema de dependencia. Las intervenciones constituyen las acciones que realiza ella misma para conseguir el bienestar de la persona o su mejoría. Engloban también las acciones que ella hace ejecutar a la persona. A estas distintas acciones deben añadirse así mismo intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y de enseñanza a la persona.

No podemos abordar este tema de las intervenciones sin recordar el rol de la enfermera en un proceso de cuidado realizado a partir del marco conceptual de Virginia Henderson. Se trata del rol de suplencia, es decir, que la enfermera suple lo que el cliente no puede hacer por sí mismo para satisfacer las necesidades y corregir su problema de salud.

Las intervenciones de la enfermera se orientaran pues, al aumentar y completar lo que la persona puede realizar por sí mismo y, en determinados casos, suplir aquello que no pueda realizar por sí mismo. Por tanto, sus acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia de la persona.

Las características de las intervenciones son:

1. Creatividad. La enfermera que procede a la planificación de cuidados ha de ser imaginativa. Debe pensar intervenciones originales que respondan verdaderamente a las necesidades específicas de la persona. Las intervenciones deberán ser

innovadoras y emanar de un auténtico esfuerzo de creatividad por parte de la enfermera.

2. Personalización Las intervenciones son personalizadas, de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, su cultura, la gravedad del problema de salud etc. Una determinada intervención puede ser muy válida para la persona y no convenir en absoluto a otra. Cada ser humano es único en su forma de ser y reaccionar ante la enfermedad.
3. Ser mensurables, las intervenciones pueden ser igualmente evaluables. Es importante que sean enunciadas de forma precisa y que vayan acompañadas de elementos observables y si es posible mensurables.

EJECUCIÓN

La fase de cuidados constituye el movimiento de la realización del plan de intervención en esta fase los actores son múltiples, en primer lugar, se encuentra el cliente que lleva a cabo las acciones planificadas para él. Está también la enfermera que supervisa éstas acciones, la familia del paciente que en algunas circunstancias, colabora en los cuidados.

De acuerdo al marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir a la persona hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de las necesidades. Pero, según la condición de la persona, el estado de dependencia puede ser variables. En consecuencia, antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar que la persona puede por sí misma a fin de procurar y conservar toda la autonomía posible.

A medida que su estado evoluciona favorablemente, la zona de intervención de la persona se va ensanchando y la zona de suplencia de la enfermera debe irse reduciendo.

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con la persona. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él.

Durante los cuidados de higiene o tratamientos, la enfermera está en una situación privilegiada. Existe un intercambio con el enfermo, lo toca, lo escucha, le responde a sus

preguntas y comparte con él en determinados momentos el peso de la enfermedad y le comunica su comprensión empática. Si ella quiere estos contactos con el cliente pueden ser el pretexto para una relación calurosa, lo que confiere a los cuidados un carácter humano, de su calidad.²⁴

EVALUACIÓN

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados a la persona. Es una etapa difícil, porque en ella se trata de conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre la intervención de la enfermera en relación con los logros obtenidos. Se trata, en realidad de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones, orientaciones y decisiones realizadas por la enfermera. La evaluación es una condición absoluta.

Esta etapa tan importante del proceso de cuidados debe hacerse regularmente, aunque los intervalos suelen ser diferentes. Generalmente el objetivo es el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación. Cuándo no figura ningún plazo ¿Cuándo debe hacerse la evaluación?. La fidelidad en evaluar las intervenciones es una garantía para la calidad de los cuidados de enfermería.

El primer elemento de evaluación lo constituyen los resultados obtenidos por los cuidados de enfermería. En el momento en que la enfermera formula objetivos de las intervenciones, está proyectando una intensión de futuro, expresa un resultado que se ha de obtener, cuyo final desconoce.

La evaluación de los resultados es en cierto modo, una recolección de datos más limitada que toca ciertos aspectos del problema de salud de la persona, para los que se habían planificado determinadas intervenciones. Resulta que esta etapa cierra la espiral de la marcha del proceso de cuidados y a su vez pone de nuevo en marcha este mecanismo. De este modo, cada vez que se van añadiendo nuevos datos, a los que se ha de ir dando tratamiento sucesivo.

La satisfacción del cliente es el segundo elemento que haya de considerarse en la evaluación de cuidados. Se trata de un aspecto importante, al que, sin embargo hay que

²⁴

Idem. P. 111-112.

tener una reserva. El enfermo no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados que a veces por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres. También puede darse el caso contrario, en sentirse insatisfecho de determinadas intervenciones, a pesar de que se trate de unas excelentes intervenciones de enfermería es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él.

La evaluación no estaría completa sin nuevas revisiones periódicas de las distintas etapas del proceso, ya que éste debe ser el funcionamiento habitual de la enfermera. Esto puede resultar particularmente necesario cuando la situación de los cuidados parece estancarse y cuando las intervenciones no consiguen los resultados que se persiguen.

La evaluación del proceso de cuidados de enfermería no constituye en sí mismo la evaluación de los cuidados ya que en esta última es mucho más amplia. En efecto, ésta abarca toda la planificación del conjunto de cuidados que dispensó la enfermera, es decir, la calidad técnica y relación manifestada a lo largo de su ejecución, la capacidad de la enfermera para trabajar en equipo, la realización correcta de las historias, etc. El proceso situado dentro de cualquiera de los marcos conceptuales, constituyen un instrumento excepcional para el proceder a esta evaluación. Se podría incluso afirmar que la enfermera que domina bien el proceso ya está en posesión de las reflexiones, el rigor científico y la preocupación de la persona para aplicar unos cuidados de enfermería de calidad.²⁵

25

Idem, p. 137-142.

VALORACIÓN GERIÁTRICA

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, en la cual se realiza una estimación subjetiva del estado de salud del anciano. Con la entrevista se establecen las bases de una relación terapéutica entre la enfermera y el adulto mayor, así mismo que concuerden los objetivos de la enfermera y el adulto mayor para dar solución a las necesidades de éste. La interacción entre la enfermera y la persona mayor tiene como objetivo la recolección de datos que sean útiles y significativos ya que los datos obtenidos en la entrevista alertarán a la enfermera sobre las necesidades prioritarias de éste, de tal forma que guíe de una manera más a fondo la exploración física. Recordemos al adulto mayor en base a sus inquietudes de salud física y emocional ya que va a tener mayor conciencia de su condición, lo que favorece la identificación de necesidades.

Si la enfermera requiere asegurar el éxito de una entrevista, debe explicar al paciente el motivo de esta última y también darle una idea general de cómo se va a desarrollar. Esto aliviará su ansiedad e incertidumbre y le permitirá concentrar su atención al contar su historia.

Al comenzar la entrevista la enfermera y el adulto mayor deben determinar la distancia y posición más confortable y eficaz para dicha sesión. La capacidad de ver y oír en un espacio satisfactorio es decisivo en el proceso de comunicación.

En el primer encuentro, el uso adecuado del tacto puede reducir la ansiedad asociada con éste último. Aunque por lo general, las personas mayores necesitan y aprecian que se les toque, la importancia o la convivencia de no tocar es estrictamente individual.

Finalmente, la enfermera no tiene por que seguir una historia completa utilizando el método tradicional. De hecho, dependiendo de la situación del adulto mayor esa técnica puede ser inadecuada. La enfermera no debe pasar por alto las oportunidades naturales ofrecidas por el medio ambiente para recoger información.

La capacidad del adulto mayor para participar en forma significativa en una entrevista está influenciada por varios factores; puesto que afectan la capacidad del adulto mayor para comunicar toda la información necesaria, para conseguir intervenciones apropiadas y completas. Los elementos que requieren mayor atención por parte de la enfermera al hacer la entrevista son: los déficits sensoriales o de percepción, la ansiedad, un nivel

reducido de energía, dolor así como varios tipos de problemas de salud y sus interrelaciones, y la tendencia a la reminiscencia.

Por lo que la enfermera debe identificarlos para utilizar técnicas que favorezcan la comunicación y recabar la información necesaria .²⁶

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

1. Principales preocupaciones. Lo primero que se tiene que hacer cuando se valora a un adulto mayor es averiguar las razones que ha tenido para acudir en busca de asistencia sanitaria. Conocer las principales quejas del paciente es importante, ya que los ancianos no siempre presentan los signos y síntomas típicos de la enfermedad, como fiebre o alteraciones de los valores de laboratorio. Por lo tanto, sus razones para solicitar asistencia , quizás no sean aparentes para la enfermera. ¿Por qué está aquí este paciente? Esta es la pregunta capital que debería acudir a la mente de la enfermera cuando investigue las principales preocupaciones del paciente. La enfermera debe intentar obtener la información del propio paciente o familiares.
2. Historia de salud. Para la recolección de datos en este apartado se apoya en el modelo conceptual de Virginia Henderson que consiste en una entrevista estructurada relativa a las 14 necesidades fundamentales (estas preguntas se elaboran en un lenguaje sencillo y adaptado a la persona). El objetivo de esta entrevista es identificar los problemas que encuentra la persona en la satisfacción de las necesidades, por lo cual la enfermera debe actuar de tal forma que las dificultades puedan salir a la luz.
3. Historia medicamentosa. Los ancianos toman muchos medicamentos, tanto prescritos como los de venta libre. Se debe tomar en cuenta que el anciano cuenta con una menor capacidad para metabolizar y excretar muchos medicamentos, el paciente geriátrico desarrolla con dosis normales de medicamentos concentraciones sanguíneas altas y tienen mayor predisposición a desarrollar reacciones medicamentosas. Además puesto que pueden tomar varios fármacos distintos, es mayor la probabilidad de interacciones farmacológicas adversas.

²⁶ LUCKENOTT Anette G. Valoración geriátrica, 1a.ed., Ed. Interamericana, España, 1992,p.4

4. Cambios de vida reciente. Otro factor que debe ser considerado al valor a un anciano con frecuencia es pasado por alto es el impacto de los cambios de vida reciente. La teoría sobre la importancia de los cambios de vida, dice que cualquier cambio sea bueno o sea malo, es estresante, éste factor es esencialmente importante en el anciano, puesto que muy probablemente habrá experimentado cambios estresantes, que pueden ser pérdidas sociales: ya sean de tipo familiar, social, laboral. El anciano puede perder estatus social, amigos, cónyuge, ingresos, posición, dentro de la estructura familiar y posesiones materiales; si esta situación ocurre es muy factible que se produzcan cambios en el estilo de vida y se originen periodos de aislamiento, de depresión, de frustración y de sensación de malestar general.²⁷
5. Evaluación funcional. El mantenimiento de la independencia y funcionalidad, son quizá el objetivo primordial del profesional de la enfermera gerontóloga; es por eso que durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. La valoración del estado funcional es una medida de la capacidad para realizar las actividades diarias de forma independiente. Intervenir adecuadamente implica la determinación del grado de independencia funcional, identificando las capacidades y limitaciones de la persona . La situación particular de cada persona determina el momento del día más oportuno para examinarlo, así como el número de veces que haga falta entrevistarlo para asegurar resultados correctos. El índice de KATZ sobre (Actividades de la Vida Diaria) es un instrumento ampliamente utilizado en la determinación de las respuestas al tratamiento y pronósticos de los ancianos y de personas enfermas de forma crónica. El índice de KATZ se basa en la evaluación de seis funciones : bañarse, vestirse, aseo personal, desplazarse, continencia y alimentación. Se clasifica la ejecución de dichas actividades en adecuado o no. Es un instrumento útil para la enfermera, puesto que le permite en un momento determinado describir el nivel funcional del paciente y medir objetivamente los efectos del tratamiento que pretenda restaurar la función perdida.

Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total. La mayoría de las pruebas psicométricas son imprácticas y difíciles de administrar en el anciano, ya que está

²⁷ OPS, Enfermería gerontológica, Conceptos para la práctica, Ops, 1993. p. 45.

sujeto a fácil fatigabilidad, deterioro sensorial o malestar. Por esta razón, se han desarrollado pruebas sencillas que miden diversos atributos de la función cognitiva. Entre las pruebas más sencillas y más usadas está el examen mínimo del estado mental. Evalúa orientación, registro, atención, memoria, cálculo, praxias y lenguaje; la puntuación máxima es de 30 puntos una puntuación de 24 o menos es indicativo de un trastorno cognoscitivo que precisa una investigación más a fondo, aunque el examen se realice en unos minutos y se puntúe con facilidad no se debe usar por sí sólo para fines diagnósticos. Para valorar el área afectiva, en busca de depresión en el anciano se puede utilizar instrumentos de tamizaje para este fin como la escala de depresión geriátrica, la cuál se validó en pacientes ancianos no dementes. La sensibilidad del GDS disminuye en pacientes ancianos con demencia significativa, pero quizá sea útil en los que presentan demencia ligera. El GDS contiene 30 preguntas que son calificadas entre 0 y 1 punto, se responde solamente sí o no. Las calificaciones entre 15 y 22 sugieren depresión ligera, más de 22 puntos sugieren depresión grave. Existe una forma corta de GDS con 15 preguntas donde, 5-9 sugieren depresión y mayores de 9 casi siempre indican depresión.²⁸

6. La valoración social se ocupa de la relación que existe entre el anciano y el medio social en que se desarrolla, estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de forma adecuada. En cualquier ubicación en que esté el anciano, es necesario realizar esta evaluación para mantener la calidad de vida del paciente en su domicilio, casa de reposo u hospital, procurando los cuidados que necesita y el soporte social adecuado a cada situación, mantenerlo en el domicilio el mayor tiempo posible. El bienestar social mejora el estado de salud del anciano, favorece el abordaje de los problemas planteados por la enfermedad y ayuda de forma importante a apresurar la autonomía del individuo cuando aparece incapacidad funcional. Debe tenerse en cuenta que la capacidad funcional va a ser el resultado de la interacción de los factores físicos, cognitivos, emocionales y sociales. El correcto desarrollo funcional estará en relación directa con los factores personales individuales como la capacidad física, psicológica, emocional, cognitiva del paciente y con los factores del

medio social como son; el entorno en que se desarrolla el individuo, los recursos sociales con que cuenta, el soporte social y las expectativas a futuro del anciano.²⁹

²⁹ CASTESEN LAURA, Gerontología clínica, intervención psicológica y social. Ed. Martinez ROCA, España, 1990, p. 91-92.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física se desarrolla por aparatos y sistemas.

PIEL Y UÑAS

- Realizar una exploración general en busca de cicatrices.
- Examinar uñas de manos y pies detenidamente.
- Pelo. Examine el cuerpo y la cabeza para determinar la distribución la cantidad y tacto del pelo.

OJOS

- Colocar el foco de la luz por detrás del paciente, ya que los ancianos suelen tener menor tolerancia al deslumbramiento.
- Examinar el cristalino con el oftalmoscopio.
- Determinar la agudeza visual con y sin lentes, mediante la tabla de Snellen o con un libro o periódico.
- Valorar la visión periférica sosteniendo un objeto a unos 45cm. De la parte lateral de la cabeza, por detrás del campo visual y desplazándolo hacia delante hasta que pueda verlo.

OÍDOS

- Examinar el conducto auditivo externo y el tímpano con un otoscopio
- Comprobar la audición. Realizando la prueba de Weber sosteniendo el diapasón con una mano y golpeándolo con la otra. Colocar el mango del diapasón en medio de la cabeza del paciente. Si oye mejor el sonido, con un oído, puede que tenga problemas con el otro oído.
- Realice la prueba de Rinne golpeando el diapasón con una mano y colocando el mango del diapasón en el hueso mastoides del paciente. Cuando diga que ya no oye ningún sonido, coloque las horquillas del diapasón cerca del meato auditivo externo. Debería oír el sonido de nuevo para considerar el resultado como normal, el paciente ha de oír los sonidos conducidos por el aire durante más tiempo que los conducidos por el hueso.

NARIZ

- Valorar la simetría.
- Utilizar un otoscopio para visualizar la parte interna de la nariz, incluyendo la mucosa nasal. Observar el tabique para detectar posible desviación.
- Estudiar la permeabilidad de las fosas nasales, ocluyendo un orificio y pidiendo al paciente que inhale con el otro con la boca cerrada, repetir el procedimiento con el otro.
- Pedir al paciente que identifique olores.
- Palpar senos paranasales para ver si existe hipersensibilidad o dolor.

CAVIDAD ORAL

- Examinar la boca con una lámpara y un depresor lingual. Observar el color y la apariencia de la mucosa
- Valorar la existencia y estado de los dientes.
- Examinar las encías en busca de ulceraciones, tire de la lengua con una gasa y observe todas sus caras.
- Observar la cantidad, color y olor de la saliva.
- Retirar la dentadura postiza y examinar la encía, en caso de llevarla puesta el anciano.
- Comprobar que la dentadura ajusta correctamente.

APARATO RESPIRATORIO

- Valorar la frecuencia y profundidad respiratoria y en la existencia de alteraciones en la caja torácica
- Observar si el paciente utiliza músculos accesorios para la respiración.
- Palpar la traquea para ubicarla si está centrada
- Palpar costillas en busca de dolor.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Observar el tórax y abdomen en busca de retracción costal.
- Observar y palpar vena yugular en busca de ingurgitación o defecto del llenado.
- Palpar todos los pulsos y el vértice cardiaco así como la aorta abdominal.
- Auscultar los ruidos cardiacos y TA

- Tomar la TA en ambos brazos con el paciente en decúbito supino, sentado y parado
- Determinar la TA y la coloración de la piel así como la presencia de varicosidades en las piernas.

MAMAS

- Examinar a las pacientes en decúbito supino y sentada con los brazos extendidos sobre la cabeza.
- Si existe xifosis o problemas respiratorios pueden provocar una mayor protrusión de la pared torácica. Se puede palpar con mayor facilidad las mamas si se le pide a la paciente que se incline hacia delante de forma que los senos queden colgando con respecto a la pared torácica.
- Observar simetría.
- Palpar axilas y mamas en busca de masas y lesiones, comprobar si existen zonas dolorosas.
- Comprimir el pezón con los dedos pulgar e índice en busca de secreción, en caso de existir, observar la coloración, cantidad y olor.
- Enseñar a la paciente a autoexplorarse las mamas. Recomendando que repita el examen cuando menos una vez al mes.
- Si se sospecha de una masa en el interior de la mama de un varón con ginecomastia, utilice una linterna de bolsillo para trasluminarlo. La luz no atravesará el tejido de la mama, lo que dará lugar a una zona más oscura que el resto.

APARATO DIGESTIVO

- Observar la simetría abdominal y la presencia de masas.
- Examinar la piel abdominal en busca de cicatrices, vivices, exantema, venas dilatadas, lesiones y otras alteraciones.
- Auscultar ruidos abdominales
- Percutir el bazo, hígado y estómago determine el tamaño y localizaciones respectivas.
- Palpe suavemente en busca de zonas dolorosas. Palpe en profundidad en busca de dolor de rebote, realice la maniobra de paloteo en busca de masas

APARATO GENITOURINARIO

MUJER.

- Después de haber orinado.
- En posición ginecológica, observar y palpar genitales externos en busca de alteraciones, si existe secreción obtener una muestra.
- Examinar genitales internos.
- Exploración rectal, examinar el ano y el segmento inferior del recto, valorar tono esfinteriano, palparlo para buscar zonas dolorosas, nódulos o irregularidades. Revisar el dedo en busca de sangre.
- Percuta en busca de distensión abdominal.

VARÓN

- Después de orinar.
- En posición de sims examinar la bolsa escrotal y pene, retraiga el prepucio en pacientes no circuncidados.
- Palpe la bolsa escrotal
- Palpe la próstata mediante el tacto rectal con un dedo enguantado. Notará la próstata como una estructura anterior bilobulada con una depresión entre ambos cuerpos. Explore el recto y el ano igual que en las mujeres.
- Percuta en busca de distensión abdominal.

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

- Observar y palpar todas las articulaciones
- Observar la deambulación, postura y forma de sentarse del paciente, así como en las posiciones que adopte y el movimiento de las manos.
- Valore la fuerza muscular pidiéndole al paciente que apriete firmemente con sus manos sus dedos índice y medio.

SISTEMA NERVIOSO

- Valore el comportamiento y nivel de conciencia del paciente.
- Observar si presenta temblores, incoordinación, movimientos involuntarios y tendencia a utilizar únicamente un lado.
- Pídale que ande con punta –talón.

- Palpe la laxitud de los músculos, sensibilidad y rigidez.
- Valore los reflejos tendinosos.
- Observar si el paciente presenta algún problema articular, tenga cuidado de no producir dolor innecesario.³⁰

³⁰ McVAN Barbara, Cuidados geriátricos en enfermería, 1a.ed.,Ed. Doyma, España, 1985. P. 18-21.

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica que afecta de modo predominante a las articulaciones periféricas más pequeñas mediante inflamación y cambios proliferativos en la membrana sinovial. Después hay erosión del cartilago articular y destrucción de estructuras de sostén, con producción de deformación articular.³¹

La incidencia de AR disminuye a partir de los 65 años. Sin embargo dado que se trata de una enfermedad crónica, su prevalencia es mayor en las poblaciones de edad avanzada. Es tres veces mayor en mujeres que en varones.³²

ANATOMOPATOLOGÍA

En las etapas tempranas de la inflamación articular existe un incremento en la vascularidad de la cápsula sinovial y una infiltración superficial de polimorfonucleares.

El incremento de la vascularidad se acompaña con mayor producción de líquido sinovial. Inicialmente sólo se incrementa un número pequeño de mononucleares en la actividad articular, pero con el tiempo llega una gran cantidad de polimorfonucleares y se convierten en el tipo celular predominante del líquido sinovial.

En contraste a este líquido que, en la subsinovial se acumulan linfocitos (principalmente T), que pueden tener una distribución perivascular y en ocasiones se asemejan a los folículos linfoides. En raras ocasiones existe crecimiento de nódulos reumatoides en la sinovial. Dentro de la cavidad articular se forman inmunoglobulinas, factores reumatoides y complejos inmunológicos los cuales son ingeridos in situ por los polimorfos, macrófagos y las células de la capa interna de la sinovial.

Esta consecuencia, junto con el efecto estimulador de las interleucinas pueden influir en la liberación potencialmente nociva de las enzimas de degradación catépsinaD, elastasas, endogenasa, hialuronidasa, B glucosaminodasa, B glucoronidasa y radicales libres de oxígeno, a partir de los polimorfos y monocitos del líquido sinovial, las células de

³¹ VANDER CAMMEN, Exton Smith, El manual clínico de geriatría, 1ª.ed., Ed.El manual moderno, México, 1995. 221p.

³² ABRAMS R., El manual Merck de Geriatría, 1ª.ed., Ed. Doyma , España, 1992. P. 747.

la capa interna de la sinovial y los condrocitos del cartílago. Todo esto puede tener un efecto adverso sobre el cartílago pero no está claro hasta qué grado se disipan sus acciones ante la presencia de las células naturales de inhibidores.

La persistente inflamación de las sinovias puede provocar un incremento marcado en el grosor de ésta. La capa interna aumenta su grosor unas cuantas células, también las células de tipo A aumentan de forma desproporcionada. Puede haber una marcada formación vellosa con formación de fibrina en la superficie. Las células de la capa interna son arrojadas hacia el líquido sinovial. La sinovial hipertrofiada avanza poco a poco sobre el cartílago articular y forma el pannus. La parte marginal de éste contiene macrófagos fibroblastos y células cebadas e invade el cartílago y hueso subcondral. Estos cambios erosivos se desarrollan inicialmente en el margen de las articulaciones donde el cartílago protector es más delgado.

La articulación puede perder estabilidad proporcionada por la cápsula y por los ligamentos conforme éstos se van deteniendo debido al derrame o al edema de la sinovial. La distensión articular y la disminución de la viscosidad del líquido sinovial, pueden acelerar la degeneración del cartílago al imponer presiones mecánicas y reducir la lubricación eficiente de las superficies articulares.

Los huesos adyacentes a las articulaciones sufren osteoporosis aunque puede haber esclerosis por post osteoartrosis secundarias, después que han disminuido o desaparecido la inflamación. Las erosiones pueden minar el cartílago y formar quistes además de conducir al colapso del hueso subcondral, puede haber reabsorción ósea, anquilosis o ambas.

La vasculitis de esta enfermedad afecta a los vasos medianos y pequeños, se acompaña de necrosis fibrinoide y de trombos en el lumen. Parece ser que estas lesiones se deben a depósitos de complejos inmunes en las paredes de los vasos y pueden estar asociados a concentraciones séricas disminuidas del complemento. El engrosamiento de la íntima de los vasos de los dedos provoca una vasculopatía más benigna.³³

³³ Idem. P. 43-45.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

ARTICULARES

Es característico que la enfermedad sea de una aparición gradual, hipersensibilidad, calor, tumefacción a causa de la sinovitis. Durante la fase activa temprana se presenta limitación del movimiento y alteración de la función articular.

Otra característica notoria es la rigidez que sigue al reposo y a la inmovilidad.

En algunos casos los síntomas articulares preceden por un periodo prodrómico de síntomas generales y de dolor muscular difuso.

Hay invasión de articulaciones periféricas que producen poliartritis simétrica que afecta a las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, pequeñas articulaciones de pies, muñecas, codos, rodillas, tobillos y hombros. El daño a las articulaciones temporomaxilares causa dolor al masticar.

En las manos las deformaciones típicas son:

1. Deformaciones cubitales en articulaciones metacarpofalángicas con los tendones extensores deslizándose de las cabezas de los metacarpianos hacia el lado cubital, después se presenta subluxación de articulaciones.
2. Dedos en cuello de cisne con hiperextensión en articulaciones interfalángicas proximales.
3. Deformidad en ojal, hay flexión en la articulación interfalángica proximal e hiperextensión en la articulación distal.
4. En los pies ocurren deformidades similares, con desplazamiento hacia arriba de la primera falange y hallux valgus.

PERIARTICULAR

Los nódulos subcutáneos se presentan en una cuarta parte a un tercio de los casos. El sitio más común es sobre el olecranon, pero también surgen en otros sitios de presión.

La tenosinovitis con derrame de la vaina tendinosa se observa con más frecuencia en tendones extensores que están sobre la muñeca y el dorso de la mano.

Ocurren síntomas de entrapamiento, como el síndrome del túnel del carpo, que se debe a la compresión del nervio mediano al nivel de la muñeca. El paciente se queja de adormecimiento y dolor, en especial por la noche, con trastorno del sueño.³⁴

OJOS

La sequedad de los ojos, boca y otras superficies mucosas es característica del síndrome de Sjogren. La inflamación ocular puede tomar la forma de epiescleritis o escleritis. En raras ocasiones la córnea y esclerótica pueden sufrir ulceraciones profundas (escleromalacia) esta complicación es más común cuando se presenta el síndrome de Sjogren. En AR de larga duración es común encontrar la esclerótica de color azul debido a un incremento en su transparencia a través de la cual se hace visible el pigmento coroideo.

PULMONES

La alveolitis fibrosa puede provocar dedos en palillo de tambor, cianosis, estertores crepitantes en la base de los pulmones. El dolor pleural puede asociarse con signos de derrame pleural. Los estudios radiológicos pueden mostrar nódulos reumatoideos en el parénquima pulmonar, los cuales no necesariamente se acompañan de datos clínicos. También es común encontrar dificultad para respirar por obstrucción crónica de las vías respiratorias y estertores gruesos debido a la bronquiectasia.

CORAZÓN

Se puede presentar pericarditis en un 30% de casos, pero en general éste es un fenómeno subclínico. En ocasiones puede haber brote pericárdico. La pericarditis constrictiva es una complicación rara, pero deberá sospecharse cuando existan datos de insuficiencia cardíaca derecha que sean refractarias al manejo. En raras ocasiones puede haber trastornos de la conducción eléctrica o disfunciones valvulares por granulomas reumatoideos en el miocardio.

SISTEMA NERVIOSO.

³⁴ VANDER CAMMEN, EXTON-SMITH, Op. Cit., p. 222

En ocasiones los infartos de la uñas y algunos otros signos de vasculitis cutánea, se acompañan de una leve neuropatía periférica sensorial. La mononeuritis múltiple es una manifestación de la vasculitis intensa que ha de acompañarse de una mortalidad muy alta. El sistema nervioso periférico es un blanco relativamente frecuente de estas manifestaciones extrarticulares. La afección neuropática de la AR puede adoptar tres patrones clínicos.

1. La neuropatía por atrapamiento, mononeuropatía múltiple.
2. Neuropatía sensorial distal. Esta es la menos frecuente de tal manera que sus cifras varían de 1-18% prevalencia.

En un estudio de encuesta colectiva realizada para determinar la prevalencia de Neuropatía Sensorial Distal (NSD) en pacientes con AR en quienes se ha excluido enfermedades causantes de enfermedad neuropérfica.

En este estudio se incluyeron pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1987, con o sin síntomas neuropérficos. No se incluyeron paciente con diagnósticos de DM, hipotiroidismo, alcoholismo crónico, insuficiencia renal y neuropatías hereditarias.

Método: Los pacientes fueron sometidos a un examen clínico y estudios electrofisiológico de las cuatro extremidades.

Los resultados fueron los siguientes: 58 pacientes estudiados, 50 mujeres y 8 hombres, ninguno de ellos manifestó sintomatología neuropérfica. Edad media del grupo fue 42 años, la duración media de la enfermedad 9.3 años, 65% tuvo FR positivo.

El estudio electrofisiológico anormal en cuatro pacientes, uno de ellos tuvo síndrome del túnel del carpo, en otro se detectó retraso aislado en la velocidad de neuroconducción en el nervio sural izquierdo y los 2 pacientes restantes cumplieron los criterios de NSD. Esta cifra representa una prevalencia de 3.5% de NSD.

Las manifestaciones extraarticulares de la AR inicialmente consideraras como complicaciones, son en la actualidad reconocidas como partes integrales de la enfermedad y sirven para enfatizar su naturaleza sistémica. En NSD es afectado con relativa frecuencia en AR y algunas series reportan prevalencia de participación neuropérfica hasta en 88% de los pacientes.

Se han caracterizado tres patrones de afección SNP en AR

1. Neuropatía por atrapamiento secundario a compresión de troncos nerviosos a su paso por canales estrechos por sinovial atrapada.
2. Mononeuropatía múltiple secundaria a oclusión de vasos nerviosos en el contexto de una vasculitis reumatoide.
3. La neuropatía sensorial , cuyas características clínicas y patogénicas aún no han sido bien caracterizadas.

Las cifras de prevalencia de Síndrome de Neuropatía distal en AR varían ampliamente del 1-18% probablemente relacionadas con la heterogeneidad del diseño de los estudios. Desde el punto vista clínico la NSD usualmente cursa asintomática y cuando produce síntomas afecta intensamente las extremidades inferiores. No existe explicación satisfactoria para la génesis de este tipo de neuropatía en AR, aunque un estudio de 3 pacientes demostró la presencia de oclusión no inflamatoria de vaso epi y endoneurales atribuyéndosele por lo tanto origen isquémico.³⁵

MÚSCULOS

Es común la atrofia por falta de uso de los músculos de las manos los cuádriceps y algunos otros músculos. La debilidad y atrofia muscular proximal pueden deberse a una miopatía específica, pero la inflamación no es característica.

HUESOS

Puede haber osteoporosis difusa con fractura de huesos largos como resultado.

EDEMA

En la AR el edema en zonas de declive puede deberse a la inflamación de las articulaciones de los tobillos y pies, inmovilidad, presión sobre las venas debido a la prolongada posición sentado, retención de líquidos por fármacos. Es rara la trombosis venosa profunda en la AR, aún durante el reposo prolongado.³⁶

³⁵ ALVAREZ José Prevalencia de neuropatía sensorial distal en AR en: Rev.Mex.Reumat. vol 11, No. 1 1996.

³⁶ T. GIBSON, Enfermedades reumáticas, 1a.ed., Ed. El manual moderno, México, 1989. P. 37-39.

DIAGNÓSTICO

Criterios de la Asociación Americana de Reumatismo para la artritis reumatoide.

1. Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones con una duración mínima de 1 hr. Antes de la mejoría máxima.
2. Artritis de tres ó más áreas articulares observada por un médico.
3. Artritis de las articulaciones interfalángicas proximal, metatarsofalángica o de la muñeca.
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoideos.
6. Presencia de Factor Reumatoide.
7. Erosiones radiográficas.

Los criterios de uno al cuatro deben tener una duración mínima de 6 semanas. Se define artritis reumatoide por la presencia de 4 o más criterios.

DATOS DE LABORATORIO

Los datos anormales de laboratorio son los siguientes: anemia normocítica normocrómica, leucocitosis leve, trombocitosis. La VSG está elevada aproximadamente el 80% de los casos y hay factor reumatoide positivo en alrededor del 70% de los casos. El factor reumatoide a un título elevado es prácticamente diagnóstico de la enfermedad; por el contrario títulos bajos de factor reumatoide se observan en otras enfermedades y hasta en el 25% de los pacientes de edad avanzada sin signos de enfermedad alguna.

Las radiografías de articulaciones afectadas suelen mostrar sólo tumefacción de los tejidos blandos hasta una fase más avanzada de la enfermedad. Los datos tardíos de la enfermedad son osteoporosis periarticular, el estrechamiento de la endidura articular y las erosiones marginales.

TRATAMIENTO

En general el pronóstico a largo plazo de la AR es malo, la mayoría de los pacientes sufren una incapacidad progresiva a pesar del tratamiento apropiado, y la mortalidad aumenta por la existencia de una mayor incidencia de infecciones graves y quizá de enfermedades cardiovasculares

El tratamiento debe iniciarse con ácido acetilsalicílico u otro AINE. Son esenciales además de la fisioterapia y de la terapia ocupacional, junto con el ejercicio y los dispositivos de ayuda, así como posiblemente otras formas de control del dolor (calor por frío). Aunque deben recomendarse el reposo durante periodos de exacerbación grave de la enfermedad, puede producirse una inmovilidad irreversible si un paciente de edad avanzada se mantiene en reposo prolongado.

Si un paciente no responde favorablemente al tratamiento farmacológico y a las medidas físicas, en un plazo de 6 a 12 semanas, debe iniciarse el tratamiento de segunda línea. Muchos pacientes con una inflamación activa de las articulaciones responden a los corticoesteroides sistémicos. Desafortunadamente, dado que es difícil suspender los corticoides, deben compararse sus efectos a largo plazo (osteoporosis, cataratas, mala cicatrización de heridas, hiperglucemia, hipertensión y aumento de riesgo de infección).

Con los beneficios terapéuticos. Los corticoesteroides intraarticulares pueden ser útiles para el tratamiento de la inflamación aguda aislada de una única articulación.

Los fármacos utilizados para la obtención de remisiones prolongadas en la AR son los siguientes:

Tratamiento con Oro. El oro puede ser altamente eficaz en el tratamiento de AR leve o moderada. El tiomalato sódico de oro y la aurotioglucosa son inyectables, la auranofina, que es el preparado oral, parece ser menos tóxica, pero tal vez sea menos eficaz que la inyectable. El oro se inyecta en una dosis de prueba de 10mg. Seguida de una dosis terapéutica de 290mg., Por semana durante 20semanas; si el paciente responde al tratamiento se alargan los periodos de intervalos de administración, que pasan a ser cada dos semanas, tres semanas, cada mes. El tratamiento mensual debe mantenerse durante un periodo prolongado para prevenir la aparición de una recidiva, la dosis habitual de auranofina es de 3mg o 6mg.

Efectos adversos más frecuentes del tratamiento con sales de oro son las erupciones cutáneas, las lesiones orales, la proteinuria y la disminución de los recuentos en sangre periférica.

PENICILAMINA La dosis de la penicilamina es de 125mg-150mg/d con incrementos de 125-150mg. En intervalos de 2-3semanas hasta alcanzar un total de 750mg/d. Este

fármaco no debe tomarse entre las comidas ya que los alimentos disminuyen la absorción. Los efectos adversos son erupciones, proteinuria, disgeusia y trombocitopenia.

METOTREXATE. La dosis del metotrexato es de 7.5mg/sem fraccionados en tres tomas de 2.5mg. esta cantidad puede administrarse una vez por semana, empezando con una dosis de 5mg. Que se incrementa gradualmente. Los pacientes con metotrexato requieren una vigilancia cuidadosa por los riesgos de toxicidad hepática, neumonitis intersticial, supresión de la médula ósea, ulceraciones hemorragias gastrointestinales. El fármaco no debe administrarse a pacientes con insuficiencia renal.³⁷

En el tratamiento de la AR se emplean los glucocorticoides por vía oral, a pesar de sus numerosos efectos colaterales. El problema a que se enfrentan los médicos en el tratamiento con glucocorticoides disponibles ¿cuál seleccionar? . La decisión deberá considerar aquellos productos que poseen una relación favorablemente su eficacia y su toxicidad; entre ellos están la prednisona, la prednisolona y cloprednol y el deflazacort, evitando en todo momento la administración por vía oral de la triamcinolona, la parametasona, la betametasona y la dexametasona, así como el uso de glucocorticoides y AINES combinados en un mismo producto farmacéutico de los cuales en México lamentablemente existen numerosos: artridol-R, artrilan-R, etc.

Naturalmente antes de prescribir glucocorticoides en AR, al igual que en otras condiciones, el médico debe revisar si es que no existe ninguna contraindicación absoluta o relativa para su empleo. Además el médico prestará atención especial en la dosificación de cualquiera d los medicamentos seleccionados, que para este problema de AR ubican sus máximos, prednisona 10mg, cloprednol 15mg y deflacort 15mg. Todos ellos administrados en una sola toma, temprano por las mañanas, ya que aún cuando al fraccionar la dosis a lo largo del día puede resultar un mejor control de síntomas, este horario propicia la aparición de efectos colaterales de manera rápida e intensa y dificulta la suspensión de estos medicamentos. Si a pesar de todos los efectos adversos de los corticoesteroides el médico decide que su paciente es candidato a recibir estos compuestos debería tomar en cuenta las siguiente sugerencias.

³⁷ ABRAMS R. Op. Cit., p. 749-750.

No utilizar dosis mayores a las recomendadas. Tan pronto como sea posible, reducir las dosis a ≤ 5 mg de prednisona a su equivalente de acuerdo con el esteroide seleccionado, para posteriormente intentar su suspensión definitiva. Ejercer especial cuidado en aquellos pacientes en los que la prescripción incluye corticoesteroide y AINE, ya que esta asociación puede incrementar la posibilidad de hemorragia digestiva. Verificar constantemente la TA y glucemias. Solicitar valoración oftalmológica cada 3 a 6 meses de acuerdo a cada caso. Ofrecer profilaxis contra osteoporosis.

A pesar de la carencia de estudios a largo plazo el médico debe aceptar que la prescripción es frecuente no sólo entre los médicos generales, si no también de los especialistas.

El tratamiento de la AR es multidisciplinario en donde la participación de los psicólogos es muy importante. La psicología reconoce al paciente como el primer responsable de su salud; los profesionales pueden ayudarlo y orientarlo para lograrla, conservarla o realzarla. En este sentido resulta sumamente importante que el ser humano enfermo logre estar conciente de la situación vital ante la cual se encuentra, pues sólo entonces está capacitado para llevar a cabo medidas y recomendaciones que se le brinden para retomar a un equilibrio.

En la intervención de la psicología en los casos de enfermedades reumáticas, éste se localizaría como uno de los principales objetivos, no sólo por el acojinamiento que brindaría el ser humano doliente, sino por que podría optimizar la comunicación entre los médicos y los terapeutas físicos y pacientes; por decirlo de algún modo entre quienes vigilan y promueven la salud y quienes habitan con la enfermedad.

El ser humano al descubrirse vivenciando cambios y malestares físicos, acude en busca de ayuda, tal vez pasa antes o después por múltiples consejos de comadres, brujas o amigos, para llegar finalmente con el médico. Aparentemente el principal motivo para acudir a la medicina es la presencia de dolor, dolores físicos siempre en estrecha relación con aquel dolor de lo humano.

Desde luego no será el médico, si no lo desea, el encargado de manejar el trasfondo del dolor humano de la enfermedad reumática; su especialidad es otra, y en ella es el experto. Pero es deseable que su sensibilidad permanezca abierta para ofrecer al ser humano reumático mayores opciones en el intento de recuperación de su salud.

Sin duda, cuando el médico experto en los recursos técnicos logra escuchar también los recursos humanos disponibles (individuales y sociales), el tratamiento podrá ser conducido en modo mayormente fluido vital y exitoso. El médico sensible reconocerá que los síntomas no vienen aislados, sino sustentados y sujetos a un ser humano. Y reiterando a mayor capacidad médica y humana de acercarse y conocer a éste ser, mayor también será su posibilidad de acción sobre los síntomas de la enfermedad. De tal modo que a pesar de que tuviera tiempo medido en sus consultas, deberá darse oportunidad para ir conociendo los problemas de sus paciente, es decir, lo humano de ellos, las tensiones laborales y sociales que lo agobian, la estructura de su familia, el estado de sus relaciones intrafamiliares y los problemas de conflictos existentes.

El médico encontrará principalmente con personas que ante la enfermedad reumática atraviesan por periodos normales de depresión, enojo, negación, ansiedad, pero que son capaces de hacer modificaciones pertinentes y volver al curso de la vida. La atención del médico es suficiente en muchos casos, pero es importante mantener una escucha dirigida no sólo a lo físico sino también a la situación vital de la persona, de tal manera que si se perciben dificultades mayores en el proceso de reajuste, sea posible recomendarlas a otro tipo de atención, a ese paciente en particular; ofreciendo más para la recuperación de la salud del enfermo.

Las familias son unidades sociales complejas con muchas funciones, y al momento en que alguno de sus miembros encara un problema de salud, el resto necesariamente lo comparte con él. La comunicación y la clarificación del terreno de lo físico de la enfermedad, resulta muy importante para ayudar a la familia en el encuentro de las diversas estrategias para abordar el nuevo panorama que se le presenta. Tales consideraciones en referencia a la familia son obvios tanto pensemos que ningún ser humano está aislado y necesariamente lo que le ocurra tendrá implicaciones más allá de sí mismo. El médico sensible notará que recibe no sólo el cuerpo, sino a la unidad completa del ser humano, y el médico responsable. Considerará también el impacto familiar y social de apoyo y debe ser tomada en cuenta en todos los casos de enfermedad.

El enfermo reumático se encuentra frente a la inesperada renovación de su autoimagen y nuevamente, intentará por todos los medios adaptarse a ella, deberíamos; el equipo de salud y sociedad ayudarle en su esfuerzo.³⁸

ARTRITIS REUMATOIDE COMO FACTOR DE RIESGO A CAÍDAS

La artritis reumatoide y el proceso normal de envejecimiento conjuntamente dan un factor potencial a caídas en el anciano, esto lo podemos observar, ya que, la AR produce dolor, rigidez, inmovilidad y deformación articular. El proceso normal de envejecimiento a nivel del sistema nervioso central existe disminución o pérdida de la coordinación sensorio-motora que reduce el mecanismo que controla la postura, el soporte gravitacional y el que reduce el mecanismo que controla la postura, el soporte antigravitacional y el balance. En el sistema nervioso autónomo existe disminución de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural. Existe un deterioro de control postural reflejo, lo que puede predisponer a las caídas.³⁹

La caída se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria confirmada por el paciente o testigo.⁴⁰

En los últimos años han aparecido revisiones a cerca de las caídas y al parecer lo han esclarecido en cierta forma, Tinetti ha definido la caída como: "La inmovilización no intencional y repentina de un sujeto en el piso o un nivel inferior, que no es consecuencia de un hecho intrínseco importante, o un peligro abrumador, que podría resultar de una caída en casi todos los sujetos jóvenes sanos"⁴¹

Los factores responsables de una caída pueden ser intrínsecos (relacionados con el huésped) o extrínsecos (relacionados con el medio ambiente). Los factores intrínsecos incluyen las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las enfermedades y el consumo de fármacos que aumentan en los ancianos el riesgo de caídas.

³⁸ REYES Cecilia. Enfermar y padecer de un reumático. En: Rev. Mex. Reumatol. Vol. 12. No. 6 1997 p223-230.

³⁹ OPS Enfermería gerontológica. P. 116-117

⁴⁰ GUILLEN LLERA F., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos, 1a.ed., Ed. Masson Barcelona, p. 171

⁴¹ BENDER BRADLEY, Clínicas de norteamérica, medicina geriátrica, aspectos generales, 1a.ed.,ed Interamericana, México, 1989. P. 1451.

Los factores extrínsecos incluyen a su vez los riesgos ambientales como los suelos resbaladizos, áreas mal iluminadas. Al valorar una caída es importante recordar estos factores.

Como ya se mencionó un factor intrínseco puede ser una enfermedad, en este caso, la artritis reumatoide ya que ocasiona trastornos de la marcha y aumenta el riesgo de caídas.

Algunas enfermedades que afectan los músculos , huesos y articulaciones pueden dañar los componentes de estabilidad y contribuir a las caídas. Los problemas de pie incluyendo hiperqueratosis, deformidades de dedos y el resultado de calzado mal adaptado puede ser una causa que provoque inestabilidad y caídas.

ARTRITIS REUMATOIDE COMO FACTOR DE RIESGO A DEPRESION

Es probable que la depresión sea el ejemplo más común de una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad en el anciano. Los signos y síntomas quizá sean resultado de las diversas enfermedades físicas, manifestaciones de la depresión o algún trastorno psiquiátrico que requiere de diagnóstico y tratamiento.

La comprensión de la interrelaciones complejas entre las manifestaciones depresivas secundarias a la enfermedad somática y que se deben principalmente a un trastorno afectivo.

Al paso de los años, aumenta, la frecuencia de varias enfermedades crónicas y la frecuencia de uso de medicamentos. Cada uno de estos factores llega a predisponer al paciente a la depresión.

Las pérdidas son frecuentes en esta edad, a la cual se le agrega en este caso la AR. Las pérdidas físicas se traducen en un decremento en las capacidades para el cuidado personal, lo que muchas veces deriva en la pérdida de independencia. Las discapacidades sensoriales son muy importantes (en particular la visual y la auditiva) puede ocasionar aislamiento y privación sensorial, y ambas circunstancias quizá influyan en el desarrollo de la depresión, las pérdidas de empleo, ingresos y apoyo social

sobre todo la muerte de familiares y amigos aumenta con la edad. El duelo suele transformarse en aislamiento y depresión.

La depresión que se desarrolla como respuesta al dolor crónico, pérdida de la función, autoestima, dependencia y temor a la muerte que acompañan a la enfermedad física suele ser grave.

La enfermedad aguda que se acompaña de síntomas más intensos llega a ocasionar una pérdida funcional súbita con respuesta psicológica más intensa. Las enfermedades que se asocian con cambios más intensos en la imagen corporal como la AR también tienden a producir respuesta psicológicas más intensas.

La depresión se asocia con algunas enfermedades en este caso con la artritis reumatoide ya que ésta provoca incapacidad y dependencia. También causa cambios en la imagen corporal

La depresión en el anciano se manifiesta principalmente por: humor triste, pérdida de interés por las cosas con dificultad por experimentar placer, trastornos del sueño aunque es raro, los trastornos del apetito, con anorexia y pérdida de peso, curso de pensamiento enlentecido con disminución en la capacidad de aprendizaje.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

I DATOS GENERALES.

Institución. Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud.

Nombre: Carmen Muñoz Muñoz Edad 65 años Sexo Femenino

Estado civil Casada Religión Católica Lugar de nacimiento Celaya, Guanajuato

Tiene derecho algún servicio de salud: Seguro social.

II APOYOS CON LOS QUE CUENTA

Casa propia si

Con quien vive Esposo Trabajo anterior Comerciante

De donde obtiene sus ingresos: Pensión de su esposo. De su trabajo y de sus hijos.

Cubre sus necesidades. A veces. Cuenta con apoyo comunitario Ninguno

Pertenece algún grupo No

Problemas de salud en los 3 últimos meses Artritis Reumatoide

Dispone de transporte cuando requiere salir de su hogar Sólo el público

Nombre del familiar más cercano Manuel Luna Cedillo Teléfono No tiene

Dirección 5 de Mayo no. 38 Poblado de San Luis Tlalxialtemalco.

III INMUNIDAD

Inflamación de nódulos linfáticos	No
Fecha de la última inmunización	No
Tétanos	No
Influenza	No
Tuberculosis	No

Difteria	No
Otras	No

IV VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

F.C 71X' F.R. 21X' TA 120/80 mm/Hg

Tos	No
Rinorrea	No
Secresión nasal	No
Epistaxis	No
Obstrucción nasal	No
Ronquido	No
Resfriados frecuentes	No
Asma alérgica	No
Disnea	No
Disnea de esfuerzo	No
Disnea paroxística nocturna	No
Ortopnea	No
Hemoptisis	No
Expectoración	No
Respiración silibante	No
Murmullo o soplo	No
Edema de miembros inferiores	No
Cambio de coloración en miembros inf.	No
Varices	No
Claudicación intermitente	No
Parestesias	No

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax. Nunca se ha realizado

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Edad 65 años. Sexo Femenino Peso 80Kg. Talla 1.49 m.

Dolor de garganta	No
Lesiones en boca	No
Dificultad para deglutir	No
Gingivorragia	No
Caries	No
Alteraciones de gusto	Si
Problemas de masticación	No
Prótesis dental	Si
Infección bucal	No
Náusea o vómito	No
Cambios de apetito	Si
Dolor abdominal	No
Polifagia	Si
Polidipsia	No
Úlcera gástrica	No
Intolerancia alimenticia	No
Indigestión	No
Acidez estomacal	No
Anemia	No valorable
Hematemesis	No
Variación de peso	Si en aumento
Tumoración gástrica	No

Historia de transfusión sanguínea No

Fecha de último reconocimiento odontológico Hace un año

Método de cepillado dental. 3 veces al día y conoce los cuidados que debe tener con la placa dental.

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental. Ninguno

Valoración de los aspectos que influyen en la nutrición : La condición física es imitada, desconoce sus necesidades alimenticias, su hija es la que realiza las compras para la comida, la paciente realiza su comida y es capaz de comer por sí sola, se muestra en contra de llevar una dieta aunque sabe que es necesaria por su enfermedad, come con su esposo en casa, no muestra intolerancia a ningún alimento.

3 NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

CARACTERÍSTICAS URINARIAS:

Color amarillo claro, olor normal, cantidad no cuantificada, pH 5, densidad no cuantificada, proteínas negativas, sangre negativo, glucosa negativas, cetonas negativa.

CARACTERÍSTICAS DE LA EVACUACIÓN

Color café, olor normal, consistencia normal, frecuencia 3 veces al día, configuración normal, presencia de sangre negativo.

CARACTERÍSTICAS DEL SUDOR

No valoradas.

Disuria	No
Polaquiuria	No
Poliuria	No
Oliguria	No
Nicturia	Si
Hematuria	No
Goteo terminal	No
Urgencia	No
Dificultad para la micción	No
Incontinencia urinaria	No

Incontinencia fecal	No
Dolor al miccionar	No
Problemas de litiasis renal	No
Infección urinaria	No
Lesión genital	No
Secreción vaginal	No
Dispareunia	No
Sangrado postcoital	No
Dolor pelviano	No
Cistocele	No
Rectocele	No
Prolapso	No
Infección vaginal	No
Enfermedad de transmisión sexual	No

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Gesta 14 Partos 10 Abortos 4

Menarca 13 años Ritmo 5x33-35

Menopausia 38 años sin terapia sustitutiva

Preocupación de su vida sexual Sus relaciones sexuales con su esposo se suspendieron hace 4 años con el inicio de su enfermedad.

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Articulaciones dolorosas	Si, codos y hombros
Rigidez articular	Si codos y hombros
Inflamación articular	Si
Deformación de las articulaciones	Si
Espasmos musculares	No

Calambres	No
Parálisis	No
Paresias	No
Parestesias	No
Tics	No
Debilidad muscular	No
Dolor de espalda	No
Problemas de deambulaci3n	Si
Lesi3n cerebral	No

Ejercicio que realiza habitualmente: Ninguno

En los 3ltimos 3 aros ha sufrido alg3n tipo de traumatismo o caida No

ESCALAS DE VALORACI3N

KATZ A

MARCHA Anormal

BALANCE Anormal

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEO

Dolor de cabeza	No
V3rtigo	No
Vahidos	No
Rigidez Meningea	No
Color o sensibilidad de cuello	No
Convulsiones	NO
S3ncope	No
Problemas de memoria	No
Traumatismo cef3lico	No
Disturbios del sueo	Si

Valoración neurológica: No se encuentran datos patológicos, los reflejos se encuentran disminuidos, hay disminución del sentido del gusto y de la vista.

Escala de valoración del estado mental 23 puntos

Condiciones del medio que impiden el descanso y sueño No

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Exhibicionismo	No
Tiene capacidad para vestirse	Si
Tiene la capacidad de desvestirse	Si
Las prendas de vestir están sucias	No
Prendas de vestir inadecuada	No
Espacio adecuado para mantener la ropa limpia	No
Problema físico o del entorno que impide lavar y planchar.	Dificultas para realizar trabajo físico.

7.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

TEMPERATURA 36.5° C

Exposición al sol	Si
Exposición al frío	No
Prendas de vestir inadecuadas al clima	No
Habitación fría	No
Habitación caliente	No
Cambios de temperatura con emociones	No
Otras que impidan la temorregulación	No

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Lesiones de piel	No
Heridas	No

Cambios en la pigmentación de la piel	Si
Cambios en la textura	Si
Hematomas frecuente	Si
Cambios en el pelo	Si es cano
Cambio en las uñas	Si, son gruesas
Hiperqueratosis	Si en el pie derecho
Hallux Valgus	Si en el pie derecho

Forma de cicatrización de las lesiones o e los hematomas: Los hematomas son frecuentes por golpes con los muebles

Descripción de lesión cutánea. Hiperqueratosis y Hallux Valgus en el pie derecho

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras por presión 18 puntos

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Somatización	No
Hipocondriasis	No
Factores a caídas Suelo mojado	No
Disminución de los reflejos.	Si
Suelo encerado	No
Cables en el piso	Si
Suelo en desniveles	Si
Falta de iluminación en escaleras	No
Falta de iluminación de la casa	No
Existencia de alcantarilla	Si
Barandales en la cama	No
Riesgo de accidente	No
Disminución auditiva	No
Disminución visual	Si

10 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Ansioso	No
Deprimido	No
Accesos de llanto	Si
Nervioso	Si
Miedoso	Si
Problemas para tomar decisiones	Si
Dificultad para concentrarse	No
Tensión actual	No
Cambios en la voz	No
Problemas de memoria	No
Afasia	No
Apraxias	no
OJOS	
Lagrimo excesivo	No
Prurito en los ojos	No
Inflamación de parpados	No
Partículas flotantes	No
Diplopía	No
Visión borrosa	No
Fotofobia	No
Escatoma	No
Usa lentes	No
Dolor en ojos	No
OÍDOS	
Tinnitus	No
Secreción ótica	No

Vértigo	No
Sensibilidad auditiva	No
Infección ótica	No
Prótesis auditivas	No

Manejo de frustración. Llanto

Mecanismo de adaptación. Llanto

Fecha de último reconocimiento visual. Hace un mes.

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma. Hace un mes negativo

Fecha de su último examen otológico. Nunca se lo ha realizado.

Costumbres particulares en la higiene del oído. Sólo con el baño

Tipo de comunicación verbal. Adecuada

Tipo de comunicación no verbal. Gesticulación, lenguaje con las manos

Actitud y facilidad de relación. Amable

Utiliza mecanismos de defensa. Llanto

Condiciones del entorno que limitan la comunicación. Los automóviles de la avenida

Calidad y cantidad de la interacción familiar. Tiene 10 hijos vivos con los cuales en general lleva una buena relación, tiene problemas con una nuera y un yerno que tratan mal a sus hijos y les niega la entrada a su casa por lo que estos hijos no la visitan con frecuencia, los otros viven cerca de ella y la visitan con frecuencia y la ayudan económicamente.

Escala de depresión geriátrica. Calificación 17, 15 y 11 puntos, en tres diferentes momentos.

11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Viste de acuerdo a su religión	Si
Pertenece a alguna religión	Si
Dios tiene importancia para ella	Si
Le resulta de ayuda la oración	Si
La lectura	Si

La escritura	Si
La práctica religiosa	Si
La enfermedad afecta sus sentimientos con o hacia Dios	No
Sobre la fé	No
Sus propios sentimiento	No

Significado de Dios. La va a ayudar a aliviarse

Que es lo que más le preocupa cuando esta enferma. Sus hijos

Qué o quién le resulta de utilidad cuando necesita ayuda. Dios

Qué es lo que más le ayuda cuando tiene miedo. Creer en dios

Tiene algún temor o esperanza en concreto. No

Tiene algún negocio pendiente. No

Como maneja las pérdidas significativas. Trata de olvidar

Sentimientos sobre la muerte Ninguno. Tiene que llegar.

12 NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

Problema para realizar algún trabajo	Si
Neuromuscular	Si
Nervioso	No
Órganos de los sentidos	Si

Situación laboral actual. Ella es comerciante

Autorealización. Se siente bien de realizar su trabajo, aunque de su imagen corporal no.

13 NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Impedimento físico	Si
Impedimento mental	No
Pertenece a un grupo de la tercera edad	No
Rechaza actividades	Si, las de grupo

Ocupación de tiempo libre Teje y lee

Qué hace para resocializarse Nada

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Escolaridad	Sabe leer y escribir
Capacidad de memoria	Disminuida
Interés en el autocuidado	Si
Interés por aprender de su salud	Si
Interés de aprendizaje	Si

MEDICAMENTOS PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS O MEDICINA TRADICIONAL

Artridol 1 cápsula cada 24 horas desde 1996 sin reacción alérgica

Sabe para que toma cada uno de los medicamentos. Si

Desde que inicio a tomar los medicamentos sintió alguna mejoría. Si

Realiza algún control adicional a su tratamiento médico. Revisión visual cada a12 meses

Con que frecuencia visita al médico. Cada 2 meses

Cuando tiene problemas de salud con quién acude. Con el médico

Utiliza alguna medicina alternativa. No

FECHA DE REALIZACIÓN 28 DE SEPTIEMBRE DE 1998

NOMBRE HERNÁNDEZ CORRAL SANDRA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO**

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

¿Cuántos años tiene?	1
¿En qué año nació?	1
¿En qué año estamos?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿Qué día de la semana es hoy?	1
¿Cuántos hijos tiene y sus nombres?	1
¿En dónde nació?	1
Cuenta del 10 al 1	1
¿Cuál es su dirección?	1
¿En que trabajo se ocupó?	1
TOTAL	10

0-3 CONFUSIÓN SEVERA
 4-6 CONFUSIÓN MODERADA
 7-8 CONFUSIÓN MÍNIMA
 9-10 LÚCIDO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES	SOLO	CON AYUDA	INCAPAZ
Beber de una taza	4x	0	0
Alimentarse	6x	0	0
Vestirse parte superior	5x	3	0
Vestirse parte inferior	7x	4	0
Colocarse una prótesis	2x	0	0
Arreglo personal	6x	0	0
Aseo y baño	6x	0	0
Control de la micción	10x	5	0
Control de la evacuación	10x	5	0
Sentarse y levantarse de una silla	15x	7	0
Entrar y salir de tina o regadera	1x	0	0
Sentarse y levantarse del WC (sanitario)	6x	3	0
Caminar 20 metros planos	15x	10	0
Subir y bajar 10-15 escaleras	10	5x	0
Capacidad de maniobrar silla de ruedas	5	0	0

NOTA VALOR TOTAL 100 PUNTOS = INDEPENDIENTE

60 PUNTOS= INTERDEPENDIENTE

40 PUNTOS = DEPENDIENTE

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE= 98

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO
ESCALA DE EVALUAR RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

CONDICIÓN FÍSICA	
Buena	4
Regular	3X
Pobre	2
Muy mala	1
CONDICIÓN MENTAL	
Alerta	4X
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso	1
ACTIVIDAD	
Ambulatorio	4X
Camina con ayuda	3
En silla de ruedas	2
Acostado	1
MOVILIDAD	
Completa	4
Ligera limitación	3x
Muy limitado	2
Inmóvil	1
INCONTINENCIA	
Ninguna	4x
Ocasional	3
Usual/orina	2
Doble heces y orina	1

TOTAL 18 PUNTOS

NOTA MENOS DE 14 PUNTOS RIESGO INMINENTE DE ULCERACIÓN

MAS DE 14 PUNTOS NO HAY RIESGO DE ULCERACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICO

¿Está usted satisfecho con su vida?	NO	SI
¿Ha abandonado usted muchas de sus actividades e intereses?	NO	SI*
¿Siente usted que su vida está vacía?	NO	SI*
¿Se aburre usted con frecuencia?	NO	SI
¿Tiene usted esperanzas en el futuro?	NO	SI
¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	NO	SI*
¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Tiene usted miedo de que algo malo le pueda suceder?	NO	SI*
¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	NO	SI
¿Se siente usted intranquilo y nervioso la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Prefiere usted quedarse en casa ante que salir y hacer cosas nuevas?	NO	SI*
¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	NO	SI*
¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?	NO	SI*
¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	NO	SI
¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	NO	SI*
¿Siente usted que nadie lo aprecia?	NO	SI
¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	NO	SI*
¿Cree usted que la vida es emocionante?	NO	SI
¿Es difícil para usted iniciar nuevos proyectos?	NO	SI
¿Se siente usted lleno de energía?	NO	SI
¿Siente usted que su situación es desesperante?	NO	SI*
¿Cree usted que los demás están mejor que usted?	NO	SI*
¿Se molesta usted con frecuencia por cosas que no tienen importancia?	NO	SI*
¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	NO	SI*
¿Tiene usted problemas para concentrarse?	NO	SI*
¿Disfruta usted levantarse por las mañanas?	NO	SI
¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	NO	SI*
¿Es difícil para usted tomar decisiones?	NO	SI
¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	NO	SI
TOTAL DE PUNTOS : 16		
		* punto para depresión

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO**

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO

¿Cuáles son las limitaciones físicas del anciano? Limitación para caminar y movimiento de brazos y deformidad de falanges distales

¿Puede hacer planes para satisfacer sus necesidades alimenticias ? Si

¿Conoce usted sus necesidades alimenticias? No

¿Físicamente es capaz de ir a comprar sus alimentos? No

¿Tiene alguna necesidad nutricional específica o restricciones dietéticas? Si

¿Comprende las instrucciones? Si, pero no está de acuerdo

En caso de que no pueda controlar por sí mismo su dieta ¿qué opciones le quedan?

Recurrir a su familia

En caso de que no pueda cuidar de sí mismo ¿podrán los que viven con él asumir la responsabilidad? Sí

¿Se muestra deseoso de aceptar su dieta? No

¿Tiene capacidad el anciano para preparar su dieta? Sí

¿Cuenta con los utensilios necesarios para preparar la dieta? Si

¿Hay un sitio agradable para que coma cómodamente? Si

¿Hay posibilidades de comer en compañía de alguien? Si

¿Tiene algún patrón alimenticio? Sí, come tres veces al día

¿Hay alimentos que le disguste o no tolere? No

¿Que tipo de alimentos consume en un día común y corriente? Té, tortillas, pan pastas, frutas carne (a veces) y verdura.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO**

ESTADO DE MEMORIA

5	3	¿Qué fecha es hoy? Día, mes, año, estación.
5	5	¿En dónde estamos ? Ciudad, estado, país, domicilio
3	3	Nombre de 3 objetos, 1 por segundo, pedir que los repita.
5	0	Que reste empezando de 100 de 7 en 7 hasta 5 respuestas
3	3	Pregunte por los 3 objetos aprendidos
3	2	Muestre una pluma y un reloj pida que los identifique
1	1	Que repita la frase " Tres tristes tigres"
3	3	Que cumpla la siguiente orden verbal Tome una hoja de papel con su mano derecha Dóblela por la mitad y colóquela en el piso
1	1	Que lea la frase "cierre los ojos"
1	1	Que escriba una oración
1	1	Que copie un diseño gráfico pentágonos cruzados

TOTAL DE PUNTOS 23

PLAN DE ATENCIÓN

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN UNA BUENA POSTURA

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Puede realizar actividades de la vida diaria Katz de A.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

articulaciones del hombro están rígidas y dolorosas.

Las articulaciones de rodillas presentan inflamación y dolor.

Existe deformación de las articulaciones de las falanges distales de las manos.

Presenta problemas en la deambulación. Utiliza un bastón inadecuadamente. La calificación de Tinetti es de marcha 4 y balance de 10.

FUENTE DE LA DIFICULTAD

Falta de fuerza y falta de conocimientos.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de nutrición e hidratación.

Necesidad de descanso y sueño.

Necesidad de evitar peligros.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Necesidad de aprendizaje.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dolor crónico y rigidez relacionado con la degeneración articular manifestado verbalmente por la paciente

OBJETIVO

La paciente conocerá los cuidados generales para disminuir el dolor y pondrá en práctica por lo menos tres veces a la semana.

INTERVENCIONES

- Identifiqué la quejas de dolor en cuanto a su localización, severidad, factores precipitantes y estrés emocional.
- Valoré la tensión arterial y la frecuencia respiratoria.
- Recomendé un baño caliente al levantarse para ayudar a disminuir la rigidez articular.
- Expliqué la importancia del tratamiento farmacológico y de seguirlo como se indicó.
- Expliqué a la paciente y el esposo las terapias de calos superficial con compresas.
- Se planea un programa de ejercicios en conjunto con la paciente, dentro de los límites que le permita la tolerancia al dolor y de acuerdo al programa de reposo.

EVALUACIÓN

La paciente controla eficazmente el dolor.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor y edema articular manifestado por la disminución de la amplitud de movimiento.

OBJETIVO

La paciente planificará actividades que requieran movimiento por lo menos tres veces a la semana.

INTERVENCIONES

- Enseñé a la paciente la forma de conservar la energía y reducir la presión de las articulaciones.
- Expliqué la importancia de mantener un equilibrio entre el ejercicio y el reposo.
- Enseñé a adoptar posiciones adecuadas (animándola no flexionar las articulaciones dolorosas) .
- Animé a la paciente a bajar de peso.

EVALUACIÓN

La paciente aumenta sus arcos de movimiento sin llegar a completarlos

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Aún con la limitación física puede seguir realizando su trabajo (comerciante) ahora es un poco menos pesado, se siente bien de ser útil y poder aportar recursos económicos a su casa.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

No está de acuerdo con su imagen corporal por la deformación de las articulaciones de las falanges (no es muy marcada).

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta de voluntad

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Jugar y participar en actividades recreativas.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la imagen corporal relacionada con la deformidad de las articulaciones de las falanges manifestada por el temor al rechazo.

OBJETIVO

La paciente expresará sus sentimientos a cerca de los cambios de su cuerpo.

INTERVENCIONES

- Exploré con la paciente las habilidades que le quedan y como puede sobreponerse a los problema percibidos.
- Animé a la paciente a expresar sus sentimientos y preocupaciones a cerca de la enfermedad y de los cambios a largo plazo sobre su cuerpo.
- Proporcioné apoyo emocional a la paciente.

EVALUACIÓN

La paciente expresa verbalmente los sentimientos relacionados a sus cambios corporales causados por la enfermedad.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la autoestima en relación con la autoevaluación negativa manifestada por comentarios a cerca de los cambios en su cuerpo.

OBJETIVO

La paciente expresará un concepto positivo de sí misma.

INTERVENCIONES

- Valoré los patrones de pensamientos negativos por su lógica y validez . Pregunté a la paciente si son evaluaciones realistas.
- Ayudé a la paciente a formular estándares realistas de sí misma.
- Revisé los logros pasados y los éxitos presentes.
- Ayudé a la paciente a escribir una lista de los atributos positivos.
- Proporcioné reconocimiento verbal a los patrones de pensamiento positivo de si misma.

EVALUACIÓN

La paciente realiza una evaluación de sí misma más realista.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE COMUNICARSE**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Funcionamiento adecuado del oído, lenguaje fluido y claro, facilita la comunicación con un trata amable. No utiliza barreras para la comunicación.

Su familia se compone de 9 hijos y su esposo, de los cuales con 8 mantiene buena relación al igual que con su esposo. Sus hijos le ayudan económicamente.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Desde el inicio de la AR se siente deprimida, tiene problemas para concentrarse.

Disminución de la agudeza visual

GDS 16

Lleva una mala relación con uno de sus hijos

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta de fuerza y falta de conocimiento

INTERACCIÓN CON OTRA NECESIDAD

No

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Desesperanza en relación con expectativas negativas del yo y del futuro manifestadas por enojo hacia si misma.

OBJETIVO

La paciente expresará aumento de la esperanza y menos enojo hacia sí misma.

INTERVENCIONES

- Ayudé a la paciente a expresar sus sentimientos.
- Exploré con la paciente las fuentes de enojo
- Ayudé a la paciente a planificar formas adecuadas de expresar su enojo verbal y físicamente.
- Ayudé a la paciente a decidir si los sentimientos de desesperanza son válidos por la realidad.
- Recordé a la paciente que los sentimientos de desesperanza son parte del trastorno.
- Evité dar falsas promesas sobre su recuperación.
- Utilicé recursos espirituales para aumentar la esperanza en el futuro.

EVALUACIÓN

La paciente identifica las situaciones que le producen enojo.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Talla 1.49m. Peso 80Kg.

Mucosa oral hidratada

Hábitos alimenticios 3 veces al día con un intervalo de 6 horas aproximadamente, la ingesta de líquidos es de 2 litros aproximadamente.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Aumenta de peso en los últimos dos meses.

Refiere presentar polifagia.

Utiliza prótesis dental completa.

Presenta alteraciones del gusto.

Desconoce los requerimientos dietéticos, a pesar de que reconoce la necesidad de bajar de peso.

IMC= 36.06 Indica sobrepeso.

Peso ideal es de 51.06 Kg.

FUENTES DE DIFICULTAD

Falta de fuerza y falta de conocimientos.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura.

Necesidad de aprendizaje-

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por exceso: relacionado con una ingesta calórica excesiva en relación con sus requerimientos calóricos manifestado por un 28.94% más de su peso ideal.

OBJETIVO

La paciente conocerá sus necesidades calóricas y la relación que guarda el sobrepeso y la artritis reumatoide.

INTERVENCIONES

- Se programó una visita con la dietista.
- Vigilé el peso cada semana.
- Se limitó la ingesta de azúcares simples y de grasa, se aconsejó el consumo de alimentos con carbohidratos complejos y proteínas.
- Se permitió la ingesta de alimentos típicos de fiesta y en ocasiones especiales.
- La paciente eligió sus alimentos dentro de sus limitaciones.

EVALUACIÓN

La paciente acude con la dietista pero rehusó seguir un régimen alimenticio.
La paciente no redujo su peso.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Los patrones de eliminación urinaria son de 7 veces al día o más, color, olor y cantidad normales

La eliminación fecal 2 veces al día por la mañana y noche, de consistencia y coloración normal.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta nicturia

FUENTE DE LA DIFICULTAD

Falta de conocimientos.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de descanso y sueño.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la eliminación urinaria relacionado con la ingesta excesiva de líquidos por la noche, manifestada por nicturia.

OBJETIVO

La paciente disminuirá los síntomas urinarios al conocer la causa.

INTERVENCIONES

- Se valoró el patrón, los acontecimientos concomitantes, la cantidad y frecuencia.
- Se estableció un patrón para la ingesta adecuada de líquidos, disminuir la ingesta a partir de las 18:00 horas.
- Recomendé eliminar los líquidos diuréticos en las últimas horas de la tarde (café, té).

EVALUACIÓN

La paciente realizó modificaciones en la ingesta de líquidos y disminuyeron los episodios de nicturia.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Habitualmente duerme 8 horas, su sueño es profundo.

Duerme sola desde que presentó la crisis de artritis.

Los cambios del entorno (luz y ruido) no modifican el patrón del sueño.

Cuando tiene algún problema se le dificulta dormir por lo que recurre a rezar para poder dormirse.

No utiliza ningún tipo de medicamentos para dormir.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presentas disturbios del sueño a causa de dolor articular.

No realiza ningún tipo de ejercicio.

FUENTE DE LA DIFICULTAD

Falta de fuerza.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor articular manifestado por tener un sueño interrumpido.

OBJETIVO

La paciente controlará el dolor y así favorecerá el sueño.

INTERVENCIONES

- Determiné la causa, la localización y la frecuencia del dolor, observando como interfiere con el sueño.
- Se administraron compresas calientes en el área dolorosa durante 20 minutos.
- Se continuó con el tratamiento farmacológico.
- Enseñé terapias de relajación.
 - Aflojar la ropa.
 - Quitar los zapatos.
 - Adoptar una postura cómoda.
 - Tensar los grupos musculares de uno en uno ; tensar los pies durante 5 segundos y relajar los músculos. Repetir con las pantomillas y hacer lo mismo en sentido ascendente hasta el vértice de la cabeza. concentrándose en un grupo muscular a la vez.

EVALUACIÓN

La paciente disminuyó su dolor y logró dormir mejor.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

La piel se encuentra de un aspecto aseada, se baña cada tercer día.

Presenta cambios en la textura de la piel (rasposa) el pelo es cano y las uñas son muy gruesas.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Presenta hematomas en diversas partes del cuerpo a causa de golpes con los muebles.

Presenta hiperqueratosis y hallux valgus en el pie derecho.

FUENTE DE LA DIFICULTAD

Falta de conocimiento y falta de fuerza.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de evitar peligros

Necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura

Necesidades de aprendizaje.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Posible deterioro de la integridad cutánea relacionada con la presencia de hiperqueratosis y hallux valgus en el pie derecho.

OBJETIVO

La paciente disminuirá la incomodidad de los pies y usará un calzado adecuado.

INTERVENCIONES

- Enseñé a la paciente el cuidado de los pies.
 - Lavado de corto tiempo en agua tibia
 - Secar con una toalla suave, prestando atención a los espacios interdigitales
 - Aplicar crema hidratante incluyendo el área de las uñas.
 - Cortar las uñas de los pies (cortar la uña haciendo 3-4 cortes, primero desde cada lado hacia el centro y después cortar el borde del dedo, no dejar las uñas demasiado cortas).
- Sugerí evitar el uso de tijeras y navajas de afeitar para cortar los callos.
- Enseñé a la paciente a escoger calzado adecuado y expliqué las ventajas de usar calzado de piel flexible.

EVALUACIÓN

La paciente realizó el cuidado de los pies adecuadamente con ayuda de su esposo.

La paciente no presenta complicaciones por la presencia de hiperqueratosis y hallux valgus.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Alerta conciente y bien orientada.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Disminución de la agudeza visual.

Disminución de los reflejos.

Riesgos ambientales, escaleras, mangueras en el suelo y desniveles en el piso.

Alteraciones de la marcha

Problemas podiátricos.

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta de fuerza y falta e conocimiento.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.

Necesidad de higiene y protección.

Necesidad de aprendizaje.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de lesión relacionado con una marcha inestable.

OBJETIVO

La paciente reducirá el riesgo de caídas al utilizar un dispositivo de ayuda para la marcha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Valoré la marcha de la paciente.
- Planee un programa de movilidad articular.
- Se proporcionó un dispositivo para la marcha (bastón) y se le enseñó la utilización de éste.
- Se retiraron las barreras y aglomeraciones del ambiente.
- Se aconsejó el uso de calzado con suela antiderrapante.

EVALUACIÓN

La paciente mantiene su movilidad sin reducir la seguridad física.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riego de lesión relacionado con los riesgos ambientales

OBJETIVO

La paciente reducirá el riesgo de caída e identificará los riesgos ambientales.

INTERVENCIONES

- Valoré el domicilio en busca de animales de compañía, objetos tirados en el suelo y busque desniveles en el piso.
- Aconsejé la eliminación de los factores de riesgo en las escaleras. Sugerí mantener una iluminación adecuada.
- Sugerí algunos cambios en la distribución de tal forma que los muebles puedan usarse como apoyo.

EVALUACIÓN

La paciente reduce los riesgos ambientales dentro de sus posibilidades y así reduce el riesgo de caídas.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Es de religión católica. Dios tiene mucha importancia para ella, considera que la ayuda cuando está enferma, cuando tiene algún problema o tiene miedo.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Se siente intranquila por no poder ir a la iglesia a misa, aunque no lo hacia con frecuencia.

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta fe fuerza y falta de conocimientos.

INTERACCIÓN CON TRAS NECESIDADES.

Necesidad de aprendizaje.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Sufrimiento espiritual relacionado con un alejamiento de las prácticas religiosas manifestado por una incapacidad para participar en las prácticas religiosas.

OBJETIVO

Promover las actividades religiosas de la paciente.

INTERVENCIONES

- Identifiqué las prácticas religiosas habituales.
- Valoré la necesidad de proporcionar artículos religioso .
- Efectué los arreglos necesarios para conceder la oportunidad e intimidad para practicar rituales y/o rezar.
- Remití a la paciente con el sacerdote para su valoración e intervención.
- Se invitó a la paciente a participar en actividades de grupo para rezos y rituales religiosos.

EVALUACIÓN

La paciente acepta los recursos religiosos que se le proporcionan.

PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Realiza algunas actividades en su casa como: tejer, bordar.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Evita los grupos, no realiza actividades para resocializarse

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta de voluntad.

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

Necesidad de moverse y mantenerse en buena postura.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de actividades recreativas relacionado con un problema de movilidad manifestado por no realizar actividades con este fin.

OBJETIVO

La paciente realizará actividades recreativas por lo menos una vez a la semana.

INTERVENCIONES

- Fomenté la participación en actividades recreativas
- Seleccionamos actividades que le proporcionen satisfacción y que le hayan gustado en el pasado.
- Reforcé con expresiones verbales y no verbales de alegría su participación.
- Fomenté las actividades de tal forma que la paciente asumiera la responsabilidad de sus actividades.

EVALUACIÓN

La paciente participó en actividades recreativas.

**PLAN DE ATENCIÓN
NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Conoce su diagnóstico y tiene interés por recibir información y aprender actividades para mejorar su salud.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Desconoce efectos adversos de los medicamentos

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Falta de conocimientos

INTERACCIÓN CON OTRAS NECESIDADES

No.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de conocimientos relacionados con la administración de medicamentos manifestado por el desconocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos.

OBJETIVO

La paciente conocerá los efectos secundarios de los medicamentos que toma.

INTERVENCIONES

- Reforcé los conocimientos de la paciente relacionados con: objetivo del medicamento, dosis correcta, efectos secundarios más comunes, e instrucciones para la medicación.
- Se fomenta la lectura de las instrucciones de empleo contenidas en la caja de medicamento.
- Recomendar el seguimiento continuo por parte del personal médico.

EVALUACIÓN

La paciente reconoce la carencia de conocimientos a cerca de sus medicamentos.

PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de aislamiento relacionado con los cambios físicos experimentados en el cuerpo

OBJETIVO

La paciente participa en actividades sociales por lo menos tres veces a la semana.

INTERVENCIONES

- Involucro a la familia en los aspectos de tratamiento para preservar el valor y el control.
- Comenté a la paciente el significado de los cambios en su cuerpo.
- Animé a la paciente a planificar algún tipo de relación social cada día, comento que el aislamiento y soledad puede agravar o precipitar un ataque agudo de AR
- Animé a la paciente a convivir con sus familiares y amigos.
- Proporcioné refuerzo positivo en las actividades que participó.

EVALUACIÓN

La paciente participa regularmente en interacciones sociales

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA

Vías respiratorias permeables, piel y mucosas de color rosado. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales. No existe presencia de estertores.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

No se observan

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Tiene la capacidad para vestirse y desvestirse, utiliza prendas de vestir adecuadas a su edad y capacidad física. Tiene espacio adecuado para mantener su ropa limpia y en orden.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

No se observan.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

La temperatura corporal es de 36° C Exposición al sol a causa de su trabajo. La habitación es fría, pero utiliza ropa adecuada en su casa.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

No se observan.

CONCLUSIONES

Al desarrollar el caso clínico se reconoce la importancia de contar con un modelo de enfermería que guíe la práctica de nosotras las enfermeras, creando así el lenguaje propio de nuestra disciplina. Resulta difícil trabajar de una forma diferente a la que estamos acostumbradas; por lo que es necesario dominar los conceptos centrales del modelo de enfermería a utilizar.

Es comprensible la complejidad y el temor que representa la utilización de un modelo de enfermería cuando se desconoce éste, pero además implica una transformación en la concepción de la enfermería y un cambio de actitud en la enfermera.

Al utilizar el modelo conceptual de Virginia Henderson en pacientes ancianos, me permitió identificar claramente el grado de independencia y dependencia en cada una de sus necesidades, por lo que me pareció muy adecuado la utilización de éste. Además me parece que va acorde con lo que se maneja en el anciano. Considerando que en esta etapa de desarrollo se caracteriza por múltiples pérdidas: físicas, psicológicas, sociales, laborales, etc., que pueden provocar en el anciano dependencia, a su vez nos permite identificar en aquellos ancianos que han tenido un envejecimiento exitoso o fisiológico riesgos y realizar intervenciones para mantener su independencia.

Por otra parte al realizar la valoración de las catorce necesidades básicas, resulta complicado valorar aquellas necesidades en las que la enfermera requiere aplicar un enfoque humanista, a diferencia de las necesidades que son vitales que resulta menos complicado valorarlas. Al percatarme de esta complejidad me doy cuenta que es ocasionado por la formación que recibimos ya que durante mucho tiempo ha sido desde un enfoque biologicista, olvidándonos de los demás aspectos que influyen directa o indirectamente en la salud del ser humano como son los aspectos sociales, económicos y espirituales.

Por lo que la enfermera vista desde el enfoque de Virginia Henderson tiene la función de promover la independencia del paciente para satisfacer las necesidades fundamentales en que la persona es un ser biopsicosocial y espiritual. A partir de esto las necesidades son expresión de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, religiosos, políticos y sentimentales del ser humano. Si la enfermera no desea mantenerse como los otros profesionales de la salud, debe adoptar un concepto explícito de su propia disciplina, además de permanecer abierta a la evolución de los conocimientos a cerca del ser humano, lo que la obliga a estar al corriente en los adelantos teóricos y técnicos que puedan aplicarse al paciente en su beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMS W. P., El manual Merck de geriatría, 1ª.ed ., Ed. Doyma, España, 1994. 1321p.
- ALFARO Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería. Guía Práctica, 2ª ed., Ed. Doyma, España. 1992.
- ALVAREZ NEMEGYEI José, Prevalencia de neuropatía periférica sensorial distal en AR, en: *Revista Mexicana de Reumatología*, Vol 11. No. 1, ene-feb. 1996. P.5-6.
- ANN MARRINER TOMEY, Modelos y teorías en enfermería, 3ª.ed., Ed. Mosby-Doyma, España, 1994. 530p.
- BABB Pamela, Manual de enfermería gerontológica. 1ª. ed., Ed. Interamericana, México, 1998. 42p.
- BENDER BRADLEY, Clínicas de norteamérica, medicina geriátrica, aspectos generales, 1ª. ed., Ed. Interamericana, México, 1989. 1451p.
- CARNEVALI D. L., Tratado de geriatría y gerontología, 2a. ed., Ed. Interamericana, México, 1992. 755p.
- CARTESEN Laura, Gerontología clínica, intervención psicológica y social.
- CETINA MANZANILLA José, El papel de la dieta en la AR. Los lípidos como posible factor de severidad, en: *Revista Mexicana de Reumatología*, Vol. 5, No. 3, 1990. P. 55-60.
- COK J. Enfermería psiquiátrica, 2ª. ed., Ed. Interamericana, México, 1993. 803p.
- CON NICHOLAS, Geriatría, 1ª. ed., Ed El manual moderno, México, 1990. 225p.

- DEBRA A. SANTO NOVACK, Siete claves para la valoración del anciano, en: Nursing, marzo 1989. P. 53-56.
- FAWCETT Jaqueline, Modelos conceptuales, teorías e investigación, en: The Relationship of theory and research, 2ª. ed., F. A Davis Company Philadelphia, 1992. P. 101-110.
- FRANCES ROGERS SEIDL, Planes de cuidados en enfermería geriátrica, 1ª. ed. Ed. Salvat, España, 1994. 321p.
- GIBSON T., Enfermedades reumáticas, 1ª. ed., Ed. El manual moderno, México, 1989.
- GUILLEN LLERA F., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos. 1ª. ed., Ed. Masson, Barcelona. 367p.
- FERNANDEZ FERRIN Carmen, El proceso a tención de enfermería. Estudio de caso, 1ª. ed., Ed. Masson-Salvat, España, 1993. 117p.
- HENDERSON Virginia, Los primeros 90 años, 1a. ed., Ed. Masson, España, 1996. 120p.
- HERTA YAÑEZ Guillermo, Los glucocorticoides en el tratamiento de AR, en; Revista Mexicana de Reumatología, Vol 13 sep-oct, 1998. P 227-229.
- JAIMES Jorge, Artritis reumatoide de casos múltiples, estudio de una familia mexicana, en: Revista Mexicana de Reumatología, VOL 12, no. 1, ene-feb., 1997 p. 129 131.
- KANE Robert, Geriatría clínica, 3ª.ed., Ed. Interamericana, México, 1997. 305p.
- KASCHACK NEWMAN, Planes de cuidados en geriatría, 1ª. ed., Ed. Doyma, España, 1994. 321p.

LOPEZ VILLANUEVA Ricardo, Comparación entre la AR de inicio tardío y la AR de inicio en la edad adulta, en Revista Mexicana de Reumatología, VOL 12, No. 1 ene.feb., 1997. P 42.

LOZANO CARDOSO A. Introducción a la geriatría, 1ª. ed., Ed. Méndez editores, México, 1993. 309p.

LUCKENOT Anette G., Valoración geriátrica, 1ª. ed., Ed. Interamericana, España, 1002.

LLERA REYES G., Impacto de las enfermedades reumáticas en cuba, Aspectos socioeconómicos en: Revista Mexicana de Reumatología, vol. 12, No. 1, ene-feb. 1997. P. 80.

MCVAN Barbara, Cuidados geriátricos en enfermería, 1ª ed. , Ed. Doyma, Barcelona, España, 1985. 160p.

MORAN Victoria, Et. Al, Modelos de enfermería, 1ª. ed., Ed. Trillas, México, 1993. 260p.

MORENO FERGUSON Elisa, Desarrollo de modelos conceptuales y teorías en enfermería, en avances de enfermería, UNAM ENEO, octubre de 1998.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, definiciones y clasificación 1997-1998, Ed. Harcourt Brace, España, 1997. 125p.

OPS, Enfermería gerontológica, Conceptos para la práctica, 1993.

RAMOS MIEMBRO F. , Frecuencia de recursos no farmacológicos no comprobados en el manejo de la AR., en: Revista Mexicana de Reumatología, Vol. 12, No. 2, may-jun. 1987. P. 30-32.

REYES LINARES Cecilia, Enfermar y padecer de un reumático. Una visión Psicológica en: Revista Mexicana de Reumatología, Vol 12. No. 6 nov-dic. 199997. P.45-61.

RIOPELLE, GRONDIN L. PHANEUF, Cuidados de enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1ª. ed., Ed. Interamericana, España, 1997 352p.

RODRIGUEZ HERNANDEZ Jorge, Valoración del estado de salud del paciente reumático, Su relación con la familia, en Revista Mexicana de Reumatología, Vol. 12 No. 1 ene.feb. 1997.

SALGADO Alberto, El manual de geriatría, 1a. ed., Ed. Salvat, España, 1994. 580p.

STABB A. S., Enfermería gerontológica, 1ª. ed., Ed. Interamericana, México, 1998. 479p.

VANDER CAMMEN, Extón Smith, El manual clínico de geriatría, 1ª. ed., Ed. El manual moderno, México, 1994. P. 221.

WESLEY R. L., Teorías y modelos de enfermería, 2ª.ªd., Ed. Interamericana, México, 1995. 179p.

ANEXOS

MEXICO, D.F., A 26 SEPTIEMBRE DE 1998.

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta, solicitando su colaboración en la realización del caso clínico, que servirá para obtener el grado de enfermera especialista en el anciano

Me comprometo a realizar intervenciones de enfermería especializadas para el mejoramiento de su salud, esperando su colaboración en todas aquellas en las que usted pueda colaborar.

Esperando su respuesta le doy las gracias.

ATENTAMENTE

Lic. Sandra Hernández Corral.

ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Lic. Sandra Hernández Corral

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO

Lic. Rosa Elia Mendoza

CRONOGRAMA

FECHA	TIPO DE VALORACIÓN
180998	GLOBAL
290998	GLOBAL
011098	GLOBAL
061098	FOCAL
131098	FOCAL
151098	FOCAL
241098	FOCAL
311098	FOCAL
071198	FOCAL
141198	FOCAL
251198	FOCAL
101298	GLOBAL
171298	GLOBAL

INDICE DE KATZ

El índice de Katz en las actividades de la vida diaria se basa en una evaluación de la independencia funcional o dependencia de los pacientes para bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Baño	Sólo necesita ayuda para lavar una sola región.	Necesita ayuda para lavar más de una parte del cuerpo. Para entrar o salir de la tina o no se baña solo.
Vestido	Saca su ropa de armarios y cajones; se pone la ropa, prendas exteriores e interiores.	No se viste por si mismo ó permanece sólo con parte de la ropa.
Uso del inodoro	Acude al inodoro; se sienta y levanta de él; se arregla la ropa se limpia los órganos de excreción (puede manejar el cómodo adecuadamente).	Usa cómodo o recibe ayuda para ir y usar el inodoro
Traslado	Se acuesta y levanta de la cama. Se sienta o levanta de una silla. Puede o no usar soporte mecánico.	Asistencia para acostarse o levantarse de la cama o para sentarse o levantarse de una silla; No realiza uno o más traslados.
Continencia	Autocontrol completo de la micción o defecación.	Incontinencia parcial o completa urinario fecal
Alimentación	Obtiene su alimento de un plato o su equivalente y se lo lleva a la boca.	Ayuda para el acto de alimentarse, no come en absoluto o tiene alimentación parenteral.

A Independiente para alimentarse, continencia, trasladarse, usar el inodoro, vestirse y bañarse.

B Independiente en todas las funciones excepto una.

C Independiente en todas las funciones excepto bañarse y una más.

D Independiente en todas las funciones excepto bañarse, vestirse y una más.

E Independiente en todas las funciones excepto bañarse vestirse, uso del inodoro y una más.

F Independiente en todas las funciones excepto bañarse, vestirse, uso del inodoro trasladarse y una más

G dependiente en las 6 funciones.

EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO

MANIOBRA	NORMAL	ADAPTATIVO	ANORMAL
Equilibrio sentado	Estable, uniforme	Se sostiene de una silla para mantenerse erguido.	Se apoya, se desliza de la silla.
Levantarse de la silla	Capaz de levantarse en un sólo movimiento sin usar los brazos.	Usa los brazos.	Requiere múltiples intentos o es incapaz de levantarse sin ayuda
Equilibrio inmediato de pie 3-5 seg.	Estable, sin sostenerse de un auxiliar para caminar u otro objeto.	Estable, pero usa un auxiliar para caminar u otro objeto como apoyo.	Cualquier signo de inestabilidad. (se toma de objetos para apoyarse, se bambolea, balanceo del tronco mayor al mínimo.
Equilibrio de pie	Estable, capaz de permanecer con los pies juntos sin sostenerse.	Estable, pero no puede juntar los pies.	
Equilibrio con los ojos cerrados.	Estable con los pies juntos, sin apoyarse en cualquier objeto.	Estable con los pies separados.	Cualquier signo de inestabilidad o se sostiene de algún objeto.
Equilibrio durante el giro de 360°	Estable, no necesita sostenerse de algún objeto; Pasos continuos y gira con fluidez.	Los pasos son discontinuos, (el paciente pone un pie completo en el piso antes de levantar el otro	Cualquier signo de inestabilidad ó se sostiene de algún objeto.
Empujón sobre el esternón. Empujón al sujeto con los pies juntos. El examinador empuja con la palma de la mano sobre el esternón 3 veces.	Estable capaz de soportar la presión.	Necesita mover los pies, pero logra mantener el equilibrio.	Empieza a caer o el explorador tiene que mantenerlo en equilibrio.
Giro del cuello. Se pide al paciente que gire la cabeza a los lados y que mirar hacia arriba mientras permanece con los pies lo más juntos posible .	Puede girar la cabeza por lo menos a la mitad de un lado a otro y puede inclinar la cabeza hacia atrás para mirar al techo; No se balanea no se toma de algo y no presenta síntomas de mareo, inestabilidad ó dolor.	Menor capacidad de girar a los lados que para extender el cuello, pero no se bambolea, se sujeta de algún objeto. No presenta síntomas de mareo, inestabilidad o dolor.	Cualquier signo de inestabilidad o síntomas cuando se gire la cabeza o se extienda el cuello.

Equilibrio sobre una pierna.	Capaz de pararse sobre una pierna durante 5 seg. sin sostenerse de algo.		Incapaz.
Extensión de la espalda. Indicar al paciente que se incline hacia atrás tanto como sea posible, si es posible sin sostenerse de nada.	Buena extensión sin apoyarse de algo ni bambolearse.	Intenta extenderla, pero el rango de movimiento está disminuido o necesita sostenerse de algo para intentar la extensión.	No lo intenta, no se observa extensión ó se bambolea.
Alcanzar algo. Solicitar al paciente que intente retirar un objeto de una repisa con altura suficiente para que necesite estirarse o pararse en las puntas de los pies.	Capaz de bajar el objeto sin necesidad de apoyarse en otro y sin perder la estabilidad.	Capaz de alcanzar el objeto pero necesita sostenerse de algo para mantener la estabilidad.	Incapaz o inestable.
Inclinarse Se pide al paciente que recoja pequeños objetos del piso.	Capaz de flexionarse y levantar el objeto y capaz de levantarse con un sólo intento sin necesidad de tirar de sí mismo con los brazos.	Puede tomar el objeto y levantarse en un sólo intento, pero necesita tirar de sí mismo con los brazos o apoyarse de algo.	Incapaz de flexionarse o de levantarse después de hacerlo o necesita múltiples intentos para levantarse.
Sentarse	Capaz de sentarse en un sólo movimiento uniforme.	Necesita usar los brazos para guiarse hasta la silla o no realiza un movimiento uniforme.	Cae en la silla, calcula mal las distancias.

FUENTE: KANE Robert, Geriatría clínica, 1ª. ed., Ed. Interamericana. México, 1997.p.190-191.

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

COMPONENTES	NORMAL	ANORMAL
Inicio de la marcha	No titubea	Duda o intenta arrancar más de una vez.
Longitud del paso	El pie izquierdo rebasa al pie derecho. El pie derecho rebasa al pie izquierdo.	El pie izquierdo no rebasa al pie derecho. El pie derecho no rebasa al pie izquierdo
Elevación del paso	El pie derecho deja el piso. El pie izquierdo deja el piso.	El pie derecho no deja el piso. El pie izquierdo no deja el piso.
Simetría del paso	Uniforme	Desigual
Continuidad del paso	Continuos	Incontinuos
Rumbo	Derecho sin auxilio	Marcada desviación
Tronco	No balanceo pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos	Balanceo marcado o usa apoyo físico
Base de sustentación	Talones se tocan al caminar	Los talones separados.

FUENTE: KANE Robert, Geriatría clínica, 1ª. ed., Ed. Interamericana, México, 1997.
p. 188-189.