

00903



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA DEL ANCIANO

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN UN CASO
CLINICO DE DEMENCIA PROBABLEMENTE
ALZHEIMER SECUNDARIO AL DETERIORO
COGNITIVO, APLICANDO EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON.

288318

ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA EN ENFERMERIA DEL ANCIANO
P R E S E N T A :
M A R I A N A C A M P O S B R A V O

ASESORA CLINICA: *Rosa Elia Mendoza Perez*
LIC. ENF ROSA ELIA MENDOZA PEREZ

ASESORIA METODOLOGICA:
LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 2008



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.

ÍNDICE

I.-INTRODUCCIÓN	1
II-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.	3
1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.	3
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.	
3.1 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.5	
La persona y las 14 necesidades básicas	7
3.2 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO EJE EN LA APLICACIÓN DE LA TEORIA DE V.HENDERSON.	9
Etapa de valoración y diagnóstico.	9
Etapa de planificación y ejecución.	9
Etapa de evaluación	10
3.3 LA TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON.	10
Características y clases de diagnósticos.	10
Componentes de los diagnósticos.	11
3.4 ESCALAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.	12
Valoración funcional.	12
Evaluación mental.	14
Escala de depresión geriátrica.	15
Evaluación de la marcha y el balance de Tinetti.	15
Riesgo a úlceras de presión	16
3.5 LA VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DEMENCIA.	16
Clasificación anátomo clínica de las demencias presenil y senil	17
Causas reversibles	17
Patogenia	18
Valoración de variables clínicas asociadas a la demencia.	20
3.5.1 DEMENCIA SENIL Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	21
3.5.2 DEMENCIA SENIL SIMPLE	22
3.5.3 DEMENCIA SENIL ALZHEIMERIZADA.	24
3.5.4 DEMENCIAS ASOCIADAS A DEPRESEIÓN E HIPOTIROIDISMO.	24
3.5.4.1 DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA DEMENCIA	26
3.5.4.2 ENVEJECIMIENTO Y DEPRESIÓN.	27
3.5.4.3 HIPOTIROIDISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN DEMENCIAS.	29

4. METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE CASO.

4.1 HALLAZGOS DEL CASO DERIVADOS DE LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

Ficha de identificación.	32
Antecedentes personales no patológicos.	32
Antecedentes patológicos.	32

4.2 VARIABLES A ESTUDIAR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS.

Necesidades de higiene y protección.	33
Necesidades de nutrición e hidratación.	33
Necesidades de eliminación.	33
Necesidades de movimiento y postura.	34
Necesidades de descanso y sueño.	34
Necesidades de evitar peligros.	34
Necesidades de comunicación.	35
Necesidades de aprendizaje.	35

4.3 HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN DE CADA NECESIDAD.

4.4 HALLAZGOS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALAS EN GERIÁTRIA.

Evaluación mental.	37
Escala de depresión geriátrica.	38
Escala de riesgo a úlcera de presión.	38
Escala de Katz y Lowton.	39
Escala de Tinetti.	39
Valoración neurológica.	40

5. HALLAZGOS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA CADA NECESIDAD

5.1 NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE

Diagnóstico de enfermería	40
Objetivos	41
Intervenciones de enfermería	41
Evaluación de las intervenciones	43

5.2 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN Y APRENDIZAJE

Diagnóstico de enfermería	44
Objetivos	44
Intervenciones de enfermería	45
Evaluación de las intervenciones	46

5.3 NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

Diagnóstico de enfermería	46
Objetivos	47
Intervenciones de enfermería	47
Evaluación de las intervenciones	49

5.4 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de enfermería	49
Objetivos	49
Intervenciones de enfermería	50
Evaluación de las intervenciones	52

5.5 NECESIDAD DE HIGIENE PROTECCIÓN Y APRENDIZAJE

Diagnóstico de enfermería	52
Objetivos	52

Intervenciones de enfermería	52
Evaluación de las intervenciones	54
5.6 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y APRENDIZAJE	55
Diagnóstico de enfermería	55
Objetivos	55
Intervenciones de enfermería	55
Evaluación de las intervenciones	58
5.7 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE	58
Diagnóstico de enfermería	58
Objetivos	58
Intervenciones de enfermería	59
Evaluación de las intervenciones	60
5.8 NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	60
Diagnóstico de enfermería	60
Objetivos	60
Intervenciones de enfermería	60
Evaluación de las intervenciones	61
6. EVALUACIÓN GENERAL DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	62
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	67

I. INTRODUCCIÓN.

El desarrollo del presente estudio de caso se basa en las etapas del proceso de atención de enfermería y en la aplicación del modelo de Virginia Henderson, en una paciente femenina de 87 años de edad, con un diagnóstico de demencia probablemente Alzheimer en su fase inicial.

Debido a que no hay una sola escala de valoración para la detección de la enfermedad de Alzheimer; está sé diagnóstico descartando otras causas de pérdida de memoria, tanto reversibles como irreversibles, que enmascaran el diagnóstico como (la depresión, el hipotiroidismo, la nutrición, efectos secundarios de medicamentos, etc).

Los hallazgos clínicos encontrados, por la valoración de enfermería y la valoración geriátrica global que incluye la valoración funcional, la valoración mental, la valoración de depresión geriátrica y la valoración de la marcha, etc), derivados estos de las 14 necesidades básicas de V. Henderson; son el eje del proceso de atención de enfermería, en el que podemos ver la etapa de valoración y diagnóstico, la etapa de planificación y ejecución y finalmente la etapa de evaluación.

Para la formulación de los diagnósticos de enfermería fue necesario, consultar la lista de diagnósticos de la taxonomía de la NANDA. Esta taxonomía ha sido escogida por el hecho de ser una taxonomía compatible con el uso del modelo, y es una de las taxonomía más conocidas; a demás nos ayuda a unificar el lenguaje y los criterios en el momento de diferenciar los problemas. Que las enfermeras podemos ayudar a resolver desde nuestro rol autónomo y diferenciado en nuestra función de cuidar.

Las intervenciones o cuidados de enfermería se dan de acuerdo a los hallazgos clínicos encontrados por cada una de las necesidades básicas. La evaluación de dichos cuidados están encaminados a ayudar a alcanzar el grado máximo de independencia por sí mismo, de acuerdo con las propias capacidades y recursos de la paciente, a satisfacer las necesidades básicas.

La utilización del modelo de Virginia Henderson se debe a que es uno de los modelos más conocidos, que utiliza un lenguaje sencillo y comprensible, lo que hace su práctica con relativa facilidad.

En las conclusiones se menciona la experiencia personal en el manejo de una paciente psicogeriatrica y la aplicación del cuidado de enfermería, durante la elaboración del trabajo.

Como anexos incluimos la valoración de enfermería realizada por la coordinadora de la especialidad en enfermería del anciano, la Lic. Rosa Elia Mendoza P. misma que se aplico durante todo el curso. A demás de la valoración geriátrica global que utiliza el hospital español, todas estas valoraciones que se emplearon se verán al final del presente trabajo en el rubro de anexos..

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.

El diagnóstico del deterioro intelectual en el paciente anciano, es con frecuencia complicado, en virtud de que diferentes síndromes tienen síntomas sutiles, que en algunos enfermos con frecuencia se superponen y también coexisten. Además a través del tiempo el diagnóstico puede cambiar o pueden agregarse nuevas anormalidades.

Es importante que la enfermera especialista a cargo del anciano con demencia tipo Alzheimer en etapa de inicio, deba conocer a profundidad los elementos para el diagnóstico diferencial del síndrome de deterioro cognitivo, tomando en cuenta la evolución rápida de la enfermedad y la irreversibilidad de la misma, para llevar a cabo un plan de atención y cuidados de enfermería basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, como modelo teórico a seguir para lograr el bienestar del anciano con Alzheimer, llevándolo a una muerte tranquila y digna.

Cabe mencionar que para lograr una calidad en la atención del paciente anciano es importante la colaboración interdisciplinaria del equipo de salud.

1. ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Se trata de una paciente femenina de 87 años de edad, que es traída de su domicilio por su hija el domingo 10-03-1998 al presentar somnolencia e hiporexia, astenia y fosfenos, siendo hospitalizada en el tercer piso correspondiente al servicio de geriatría del Hospital Español; es valorada por neurología, encontrando a la paciente consciente orientada en las tres esferas, con lenguaje bien articulado y fluido, además de coherente, conservando la memoria, el juicio y el cálculo. el día 14-03-98 es valorada por reumatología, quien reporta en notas previas sintomatología reumatológica negativa, sin embargo, llama la atención la presencia de edema de ambas piernas, además de dolor a la movilización de la muñeca, así como enrojecimiento y aumento de la temperatura local del tercer metacarpofalángico derecho dando como Dx artritis por lo que se pide Rx de manos y rodillas, se reporta condrocalcinosis de rodilla derecha, cambios degenerativos femoro-rotulianos con osteofitos calcificados, continúa con edema de miembros inferiores (+++) y dolor, persiste somnolienta

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.

El diagnóstico del deterioro intelectual en el paciente anciano, es con frecuencia complicado, en virtud de que diferentes síndromes tienen síntomas sutiles, que en algunos enfermos con frecuencia se superponen y también coexisten. Además a través del tiempo el diagnóstico puede cambiar o pueden agregarse nuevas anormalidades.

Es importante que la enfermera especialista a cargo del anciano con demencia tipo Alzheimer en etapa de inicio, deba conocer a profundidad los elementos para el diagnóstico diferencial del síndrome de deterioro cognitivo, tomando en cuenta la evolución rápida de la enfermedad y la irreversibilidad de la misma, para llevar a cabo un plan de atención y cuidados de enfermería basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, como modelo teórico a seguir para lograr el bienestar del anciano con Alzheimer, llevándolo a una muerte tranquila y digna.

Cabe mencionar que para lograr una calidad en la atención del paciente anciano es importante la colaboración interdisciplinaria del equipo de salud.

I. ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Se trata de una paciente femenina de 87 años de edad, que es traída de su domicilio por su hija el domingo 10-03-1998 al presentar somnolencia e hiporexia, astenia y fosfenos, siendo hospitalizada en el tercer piso correspondiente al servicio de geriatría del Hospital Español; es valorada por neurología, encontrando a la paciente consciente orientada en las tres esferas, con lenguaje bien articulado y fluido, además de coherente, conservando la memoria, el juicio y el cálculo. el día 14-03-98 es valorada por reumatología, quien reporta en notas previas sintomatología reumatológica negativa, sin embargo, llama la atención la presencia de edema de ambas piernas, además de dolor a la movilización de la muñeca, así como enrojecimiento y aumento de la temperatura local del tercer metacarpofalángico derecho dando como Dx artritis por lo que se pide Rx de manos y rodillas, se reporta condrocalcinosis de rodilla derecha, cambios degenerativos femoro-rotulianos con osteofitos calcificados, continúa con edema de miembros inferiores (+++) y dolor, persiste somnolenta

pero con respuesta a estímulos verbales y dolorosos; el día 20-03-98 es valorada por otorrinolaringología, donde se le realiza lavado mecánico en el oído izquierdo. Observan abombamiento de membrana timpánica y hemorragia en mango del martillo dando como Dx. final Otitis media aguda izquierda; el día 26-03-98 es valorada por geriatría encontrando un Sx. Depresivo, el cual es compatible con perfil tiroideo alterado (hipotiroidismo), el día 08-04-98 es trasladada a la unidad de transferencia geriátrica, con la finalidad de reacondicionamiento físico y posteriormente asilarla en la sala Covadonga, durante su estancia en esta unidad inicia con labilidad emocional, llanto fácil y pérdida voluntaria de la conciencia al momento de conversar con ella; aunándose al cuadro anorexia y aislamiento.

Cabe mencionar que se dirige a una demencia de tipo Alzheimer en fase inicial, que se aclarará conforme se estudie el caso y la evolución que presente la paciente, de tal manera que la especialista en enfermería del anciano se vera involucrada, además del paciente con la familia y el entorno que lo rodea.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO:

Rehabilitar al paciente a través de una mejor adaptación a su enfermedad y a su medio ambiente, preservando la autonomía funcional, evitando las complicaciones y favoreciendo así una vida digna.

Informar y orientar al familiar o cuidador primario sobre los cambios en la conducta del enfermo y las reacciones y emociones que pueden generarse en él, cuando no ha sido capacitado y preparado ante los conflictos que ocasiona la enfermedad.

Identificar el surgimiento y atención oportuna de los nuevos problemas para desarrollar estrategias conductuales a su eventual corrección. Para evitar recaídas y conservar su integridad.

Interacción con otros miembros del equipo de salud en busca de estrategias que conlleven al bienestar bio-psico-social del anciano con Alzheimer, para la solución o satisfacción de las necesidades ya existentes.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

3.1 MODELO DE V HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La preocupación que llevó a desarrollar el trabajo de Henderson fue el modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época. Creándole insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Apartir de los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y sin este elemento primordial, para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

En una publicación de 1956 en el libro *The nature of Nursing*; define la función propia de la enfermería de la siguiente manera:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila/serena), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

Apartir de esta definición, se extraen una serie de conceptos básicos del modelo de Henderson:

- PERSONA: Necesidades básicas.
- SALUD: Independencia, dependencia y causas de dificultad o problemas.
- ROL PROFESIONAL: Cuidados básicos de enfermería, y relaciones con el equipo de salud.
- ENTORNO: Factores ambientales y factores socioculturales.

PERSONA.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por las 14 necesidades de Virginia Henderson.

SALUD.

- Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en las necesidades.
- La vida. 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 en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como. *Falta de fuerza, falta de voluntad y/o falta de conocimiento.*
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

ENTORNO.

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades que deben satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento. Estas son:

- 1- Necesidad de Oxigenación.
- 2- Necesidad de Nutrición e hidratación.
- 3- Necesidad de Eliminación.
- 4- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- 5- Necesidad de Descanso y sueño.
- 6- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
- 7- Necesidad de Termoregulación.
- 8- Necesidad de Higiene y protección de la piel.
- 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.

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que cualquier modificación de una, modifica a las restantes. Para ver al individuo holístico, estas necesidades deben verse conjuntamente y no por separado. No obstante se puede hacer el análisis de las necesidades una a una cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recolección de datos.¹

¹ González J.L. Teoría de Virginia Henderson. Apuntes Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM. México 1998.

INDEPENDENCIA.

Es 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.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicas y únicas para cada individuo.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia, considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

DEPENDENCIA.

Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona, con el fin de satisfacer las 14 necesidades y/o actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de voluntad. Ausencia o disminución de la persona en el interés para comprometerse en la ejecución y mantenimiento de las acciones de acuerdo a sus necesidades.

Falta de conocimiento. Ausencia en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad de si mismo (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de algunas de ellas pueden, dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deben ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

3.2. EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO EJE EN LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. Las ETAPAS de VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO, sirven de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. Las ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirven para la formulación de objetivos de independencia, basándose en las causas de las dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, siempre que sea posible, en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guíaran la etapa de ejecución.

3. Finalmente en la ETAPA DE EVALUACIÓN, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.^{2 3}

3.3. LA TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON.

CARACTERÍSTICAS Y CLASES DE DIAGNÓSTICOS.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

En estos momentos, el número de diagnósticos establecidos hasta la IX conferencia (1990) es de 99, los cuales están agrupados en nueve patrones de respuesta humana:

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.

² Alfaro R. *Aplicaciones del Proceso de Enfermería*. Ediciones Doyma. Barcelona. 1995.

³ Fernández C. Novel G. *El proceso de Atención de Enfermería*. Masson 1993.

8. Conocimiento.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Los diagnósticos se clasifican en REALES, POTENCIALES Y POSIBLES. Se considera un diagnóstico REAL el que, a partir de la valoración de enfermería, reúne todos los datos confirmatorios de su existencia. El diagnóstico POTENCIAL se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios/riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior. Finalmente, un diagnóstico es POSIBLE cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia aunque faltan datos para confirmar o negarlo.⁴

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos.

- 1- ETIQUETA DIAGNÓSTICA O NOMBRE. Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
- 2- DEFINICIÓN. Incluye una explicación concluyente del diagnóstico/enunciado que sirve como factor diferenciado de las distintas etiquetas diagnósticas.
- 3- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico.
- 4- FACTORES RELACIONADOS. Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:
 - a) Antecedentes de.
 - b) Asociado con.
 - c) Relacionado con. -
 - d) Contribuyente a.
 - e) Provocando....

⁴ Harcourt B. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificaciones, 1997-1998.

A pesar de que la formulación de los problemas de salud en forma de diagnósticos y según una taxonomía predeterminada, parece una forma simple de trabajar unificada y sistematizada, en la práctica pueden parecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa.

Esta taxonomía debe ser considerada como un listado de diagnósticos abiertos a nuevas inclusiones e innovaciones. La inclusión de nuevos diagnósticos en dicha taxonomía se realiza en base a criterios establecidos por la NANDA que implican seguir todo un complejo proceso de su validación.^{5 6}

3.4 ESCALAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

VALORACIÓN FUNCIONAL.

Se valora la capacidad del paciente para realizar una serie de actividades básicas. Por lo general los datos provienen del paciente o de alguna persona que la atiende (p.ej., enfermera o familiar) y que haya tenido suficiente oportunidad para observarlo.

El grado de desempeño se divide en tres niveles de dependencia: 1) Capacidad para realizar la tarea sin asistencia humana. 2) Capacidad para realizar la tarea con asistencia y 3) Incapacidad para llevarla a cabo, incluso con ayuda.

Una medida del estado funcional que se usa con frecuencia es el índice de la vida diaria que es desarrollada por Katz.

Esta escala de actividades de la vida diaria de Katz, proporciona un medio sencillo para resumir la capacidad de una persona para realizar las labores necesarias para el cuidado personal y 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.

⁵ Kim, Mc Farland, Mc Lane. Diagnósticos de Enfermería. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill.

⁶ Mariliton E. Doenges. Mary FM. Diagnósticos y actuaciones de enfermería. María R. 3ª. Ed. Doyma, España. 1992.

Las definiciones específicas de la independencia y dependencia funcionales son:

- A. Independencia para alimentarse, continencia, trasladarse, usar el inodoro, vestirse y bañarse.
- B. Independencia en todas estas funciones, excepto una.
- C. Independencia en todas las funciones, excepto bañarse y una más.
- D. Independencia en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse y una más.
- E. Independencia en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse, uso del inodoro y una más.
- F. Independencia en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse, uso del inodoro, trasladarse y una más.
- G. Independencia en las seis funciones.

La valoración del funcionamiento físico es más complejo que sólo preguntar al paciente si moja la cama, o si puede darse un baño o lavar la ropa. Existen técnicas útiles, según los propósitos y objetivos de la valoración y la instalación donde ésta se realiza. Por ejemplo, la capacidad para efectuar actividades instrumentales de la vida diaria es básica para planear el regreso del hospital de un anciano viudo que regresa a su propia casa, mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria son menos relevantes si el paciente vive en una institución.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son:

Escritura.

Lectura.

Preparación de alimentos.

Limpieza.

Compras.

Lavado de ropa.

Ascenso de escaleras.

Uso de teléfono.

Manejo de medicamentos.

Manejo de dinero.

Capacidad para desempeñar tareas laborales o fuera del trabajo.

Capacidad para viajar (uso de transporte público, salir de la ciudad).

El máximo valor 100 puntos nos indica Independencia.

60 puntos nos indica interdependencia.

Mínimo valor 40 puntos o menos, nos indica dependencia.⁷

EVALUACIÓN MENTAL (FOLSTEIN).

En esta escala se valora cada uno de los tres componentes de la memoria. el recuerdo inmediato (p.ej., repetir dígitos), memoria reciente (p.ej., recordar tres objetos después de unos cuantos minutos) y memoria remota (p.ej., capacidad para proporcionar detalles de su pasado). El lenguaje y otras funciones cognitivas deben evaluarse con cuidado. La capacidad para realizar cálculos sencillos y para copiar diagramas, la habilidad para interpretar proverbios de manera abstracta y para nombrar animales (lo normal son 12 en un minuto) son indicadores sensibles de la función cognoscitiva y fáciles de probar.

El cuestionario portátil consta de 10 preguntas de las cuales sólo se da un punto para cada contestación acertada, y se califica de la siguiente manera.

0-----2-----Errores=Íntacto.

3-----4-----Errores=Daño intelectual leve.

5-----7-----Errores=Daño intelectual moderado.

8-----10-----Errores=Daño intelectual grave.

Se permite un error más cuando el sujeto no tuvo educación escolar y se permite un error menos, si el sujeto tuvo una educación mayor a la media superior.

En la prueba estandarizada del estado mental o mini-mental. se califica de la siguiente manera:

- 1) La orientación con 10 puntos.
- 2) Registro con 3 puntos.
- 3) Atención y calculo con 5 puntos.

⁷ Katz S, Ford A, Moskowitz, R. et al - The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 185: 914-919, 1993.

4) Memoria con 3 puntos.

5) Lenguaje con 9 puntos.

Dando como total de 30 puntos.

> de 25 puntos se continua con la valoración.

< de 24 puntos se obtiene la información por un informante.⁸

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA.

La escala de depresión geriátrica se validó en pacientes ancianos no dementes. La sensibilidad de la escala de depresión geriátrica parece disminuir en pacientes con demencia significativa; pero quizá sea útil en los que presentan demencia ligera.

Esta escala está formada por 30 preguntas con valor de 1 punto para cada una, en la que el paciente dependiendo de su estado de ánimo nos contestara (SI) o (NO) de tal forma las calificaciones entre 15 y 22 sugieren depresión ligera; las calificaciones mayores a 22 sugieren depresión grave.

En la forma corta de 15 preguntas incluye a las preguntas 1-4,7-10,12,14,15,17,21-23. En esta forma las calificaciones entre 5 y 9 sugieren depresión y las mayores a nueve casi siempre indican depresión.⁹

VALORACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINETTI M.E.

La valoración de la marcha y el equilibrio son partes primordiales de la exploración, y tal vez sea de mayor utilidad que el examen neuromuscular normal en la identificación de problemas que tienen solución. Aunque se han desarrollado técnicas sofisticadas para valorar la marcha y el equilibrio, la observación cuidadosa de una serie de maniobras es la técnica de valoración más práctica y útil. Se han desarrollado la prueba de "levántate y anda" y otras valoraciones prácticas del equilibrio y la marcha con base en el desempeño.

En la evaluación de Tinetti, el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúan: BALANCE, Balance sentado, levantarse, intento de

⁸ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 182-198.

levantarse, balance inmediato al levantarse, balance de pie, empujón, ojos cerrados, giro de 360 grados, al sentarse.

MARCHA. El sujeto se pone de pie con el examinador, camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual). y se evalúan, inicio de la marcha, longitud y elevación del paso, a) balance del pie derecho, b) balance del pie izquierdo, simetría en los pasos entre izq. y der. Continuidad en los pasos, rumbo, tronco, y base de sustentación.⁹

RIESGOS A ÚLCERAS DE PRESIÓN.

Las úlceras por presión son una de las alteraciones más frecuentes, previsibles y tratables de las que se relacionan con la inmovilidad del anciano. En esta evaluación existen cinco factores que contribuyen en el desarrollo de las úlceras por presión y estos son: condición física, condición mental, actividad, movilidad y incontinencia. Todas ellas con las características de puntuación; de buena 4 puntos, regular 3 puntos, pobre 2 puntos y muy mala de 1 punto. La calificación total menos de 14 puntos nos indica riesgo inminente de ulceración y más de 14 puntos nos indica que no hay riesgo de ulceración.

3.5 LA VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DEMENCIA.

La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber: el lenguaje, las praxias, las agnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional.

⁹ Tinetti ME, Ginter SF: Identifying mobility dysfunction in elderly patients. JAMA 259: 1190-1193, 1998.

CLASIFICACIÓN ANATOMOCLÍNICA DE LAS DEMENCIAS PRESEÑIL Y SEÑIL.

1. Demencia degenerativa:

- 1.1 Preseñil (de inicio precoz).
- 1.2 Enfermedad de Pinck.
- 1.3 Enfermedad de Alzheimer.

Señil (de inicio tardío).

- 1.1.1 Demencia señil.
- 1.1.2 Demencia señil simple.
- 1.1.3 Demencia señil en proceso de "Alzheimerización".
- 1.1.4 Demencia señil "Alzheimerizada".

2. Demencia vascular (demencia por infarto múltiple o demencia multiinfarto).

3. Demencia mixta (degenerativa y vascular).

4. Demencia por encefalopatías espongiiformes.

- 4.1 Enfermedad de Creutzfeldt-jakob.
- 4.2 Kuru.
- 4.3 Síndrome de Gerstmam-Straussler.

5. Demencia asociada a enfermedades neurológicas.

- 5.1 Corea de Huntington.

6. Demencia por meningoencefalitis sífilítica.

CAUSAS REVERSIBLES.

Es particularmente importante destacar las causas tratables de la demencia y las que tienen posibilidad de reversión.

El encontrar una causa reversible no garantiza que la demencia mejorará después de tratar la causa supuesta.

Se ha desarrollado una mnemotecnica con base en la palabra inglesa "dementia" como ayuda para identificar muchas de las causas reversibles potenciales de la demencia.

- D Drogas (Fármacos).
- E Trastornos emocionales.
- M Trastornos metabólicos o endocrinos.
- E Disfunciones oftalmológicas y auditivas.

- N Deficiencias nutricionales.
- T Tumor o traumatismos.
- I Infecciones.
- A Alcohol y complicaciones ateroscleróticas, (infarto miocárdico, Insuficiencia cardíaca).

PATOGENIA.

En la enfermedad de Alzheimer y en la demencia senil la actividad de la colina-acetiltransferasa (CAT) está disminuida.

Ésta enzima es la encargada de transformar la colina en acetilcolina, con la participación de la acetil-coenzima A.

Esta disminución de la actividad de CAT es significativa en todas las regiones cerebrales examinadas, aunque lo es en menor grado en las que no se hallan tan afectadas por los cambios patológicos de tipo Alzheimer. Por medio de biopsias cerebrales se ha demostrado que la pérdida de CAT se inicia durante el primer año de la enfermedad de Alzheimer.

Otra enzima estudiada en la demencia ha sido la acetil-colina-esterasa (ACE) en cargada de desdoblar la acetilcolina en acetato y colina, reintegrándose ésta en el ciclo de la acetilcolina. La actividad de la ACE también está disminuida en la enfermedad de Alzheimer y ésta disminución tiene una correlación significativa con la aparición de lesiones neurofibrilares en el hipocampo.

Los cambios en la CAT y ACE parecieran indicar a primera vista una disminución de la transmisión colinérgica cerebral. Pero podría deberse más bien a alteraciones estructurales de las neuronas colinérgicas, ya que se sabe que las modificaciones a largo plazo de dichas enzimas están relacionadas con el funcionamiento neuronal colinérgico.

En la enfermedad de Alzheimer se describe la acumulación de una enzima, la butiril-colinaesterasa (BCE), calificada de "pseudocolonesterasa", encargada de producir la hidrólisis de la butirilcolina. Un hallazgo neurohistológico constante que confirma ampliamente la deficiencia colinérgica en la DTA es la pérdida neuronal registrada en el núcleo basal de Meynert, este núcleo situado en la base del cerebro, es el mayor proveedor de infracción colinérgica de la corteza cerebral y sufre en dicho síndrome una merma de su población neuronal de aproximadamente 70%, lo que contrasta con la relativa integridad de estructuras

adyacentes. La destrucción del citado núcleo se produce en función de la “Alzheimerización” de la demencia. Es evidente, por tanto, que en la enfermedad de Alzheimer y en la demencia senil existe una alteración del sistema colinérgico.

La disminución del HUA (ácido homovanílico) tiene correlación con la deficiencia intelectual y es más importante en la enfermedad de Alzheimer que en la demencia senil. Gottfries y Cols. (1986) encontraron, en estudios post mortem, que los cerebros de pacientes con demencia Alzheimer contenían niveles significativamente más bajos de dopamina (DA) y noradrenalina (NA) que los ancianos normales. Para Adolfsson y Cols. (1979). La deficiencia intelectual aumenta con la disminución de los niveles de NA. En los pacientes con demencia Alzheimer, hay un aumento de la actividad de la monoamino-oxidasa (MAD), en sus formas A y B tanto a nivel cerebral como plaquetario.

La somatostatina fue identificada en algunas L.N.F. de la corteza cerebral y en las placas seniles se han observado conglomerados anormales formados por terminales de neuronas somatostatinérgicas, los receptores de somatostatina están considerablemente disminuidos en la enfermedad de Alzheimer (Katzman, 1986).

A manera de síntesis, es posible afirmar que, en la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer, están probablemente alterados tres sistemas de neurotransmisión o neuromodulación: colinérgico, monoaminérgico y peptidérgico. Los sistemas de proyección ascendente que están involucrados en estos trastornos son: el que parte del núcleo basal de Meynert, para el sistema colinérgico; y el que procede del locus coeruleus, para el sistema noradrenérgico; y el que sale del núcleo dorsal del rafe, para el sistema serotoninérgico. El peptidérgico puede ser considerado como un sistema cortical. Por su constancia, la patología colinérgica aparece como un elemento fundamental de esas demencias, aunque es probable que las deficiencias noradrenérgicas y serotoninérgicas juegan también un papel importante.¹⁰

¹⁰ Robert L Kane, Joseph G.O. Itamar B. A. Geriátria Clínica. Martha Elena a. 3ª Ed. Hill Interamericana, México, pag 83-124. 1997.

VALORACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A LA DEMENCIA.

La enfermedad de Alzheimer, la forma más común de demencia en los ancianos, se puede categorizar según en tres estadios de progresivo deterioro de la capacidad mental (fases de la enfermedad de Alzheimer).

	Fase Inicial	Fase Media	Fase Terminal
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la memoria a corto plazo • Dificultad para recordar nombres, palabras o ideas (anomia). • Descolocar los objetos familiares como las gafas o las llaves. • Olvidar recados telefónicos • Faltar a citas. • Perderse en trayectos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los acontecimientos recientes. • Capacidad intacta para recordar el pasado lejano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de aprender conceptos nuevos o formular recuerdos. • Pérdida total de la memoria de hechos recientes o lejanos.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la comunicación • No afección en el habla. • Reducción del vocabulario. • Dificultad para encontrar las palabras apropiadas. • Decir impertinencias. • Descenso de la comunicación verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso continuo de palabras o frases repetidas. • Forma lenta de hablar con pausas e interrupciones. • Incapacidad para completar frases o necesidad continua de corregir las palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa del vocabulario. • Mayor uso de términos inventados. • Incapacidad para leer • Necesidad de que se le repitan instrucciones. • Vocabulario muy limitado (uso de solo una o dos palabras) o incapacidad para hablar. • Repetición de palabras o frases sin comprender su significado. • Pérdida total de la comprensión.
Humor y comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor. • Aislamiento o depresión. • Facilidad para distraerse. • Necesidad de buscar personas o ambientes familiares. • Menor iniciativa y espontaneidad. • Negación del olvido y la confusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentes cambios de humor. • Mayor ensimismamiento e insensibilidad hacia los sentimientos de los demás. • Escasa manifestación de cariño. • Necesidad de andar y deambular. • Mayor agitación, suspicacia y alucinaciones e ilusiones. • Alteraciones del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuente agitación. • Inconsciente de las demás personas y ambiente. • Incapacidad de reconocer al cuidador
Coordinación y	<ul style="list-style-type: none"> • Buen control de la coordinación y de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la coordinación y el equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Total incapacidad para andar, sentarse, sonreír o

capacidad motora	<ul style="list-style-type: none"> capacidad motora. • Enlentecimiento del tiempo de reacción. • Posible incapacidad para conducir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para andar. • Dificultad para escribir (con frecuencia ilegible). 	<ul style="list-style-type: none"> • tragar. • Posible estado estuporoso o comatoso.
Técnicas cognoscitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para encargarse de los temas económicos (pago de facturas, balance de libros de contabilidad, hacer modificaciones). • Dificultad para realizar tareas familiares complejas. • Incapacidad laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para tomar decisiones. • Incapacidad para realizar cálculos sencillos. • Dificultad para concentrarse. • Incapacidad para seguir una historia. • Necesidad de instrucciones para realizar tareas. • Enjuiciamiento deficiente. • Pérdida de los sentidos del tiempo y el espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pocas funciones cognitivas apreciables.
Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de completar las actividades de la vida diaria con poca o ninguna ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de ayuda para decidir que ponerse como vestirse y bañarse. • Temor a bañarse o incapacidad de recordar la localización del baño. • Incontinencia urinaria y fecal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de mucha ayuda para realizar las actividades cotidianas • Posible dependencia total en los demás para su cuidado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Puede durar 2 a 4 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede durar de 2 a 10 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persiste de 1 a 3 años

3.5.1 DEMENCIA SENIL (D.S.) Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (E.A)

La demencia senil implica una variada pérdida de capacidades intelectuales (memoria, capacidad de juicio, pensamiento abstracto y otras funciones corticales superiores), y se acompaña de modificaciones en la personalidad y en la conducta. Puede complicarse, por la presencia de síntomas depresivos, de ideas delirantes o, más excepcionalmente, de delirium. En la forma senil, el inicio se produce después de los 65 años; pocas veces se presenta antes de los 49 años. El inicio es insidioso y el curso es progresivo, de manera uniforme y gradual. Los cambios de la conducta y personalidad se acentúan con el tiempo y al final de la evolución el sujeto es completamente incapaz de cuidar de sí mismo.

La clasificación de la E.A. establecida por la OMS es la siguiente:

- A) Tipo 1.** Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío; que empieza después de los 75 años, progresa lentamente, rara vez tiene antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer o de trastornos relacionados (síndrome de Down o linfomatosis), la principal característica clínica es la deficiencia de la memoria.
- B) Tipo 2.** Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano; su principio se produce antes de los 75 años, la evolución es más rápida y existen antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer, síndrome de Down o linfomatosis, además de la deficiencia y amnésica, se presenta un compromiso de los lóbulos frontal y parietal (afasia, agrafia, alexia, acalculia y apraxia).

Estos subtipos de la CIE-10 guardan una relación evidente; la demencia senil simple (D.S.S) y la enfermedad presenil de Alzheimer (E.A.). Sin embargo, la D.S.S. presenta dos posibilidades evolutivas. En la primera permanece como tal, con muy pocos cambios, su evolución es muy lenta. En la segunda, la evolución es más rápida con una alteración progresiva de las funciones instrumentales que de cómo resultado un estadio final, caracterizado por un síndrome afásico-apraxico-agnósico, del mismo tipo que el descrito en la E.A., y que recibe el nombre de demencia senil Alzheimerizada (D.S.A.). Los estadios evolutivos que van de la D.S.S a la D.S.A. fueron denominados "demencia senil en proceso de Alzheimerización".¹¹

3.5.2 DEMENCIA SENIL SIMPLE.

Desde el punto de vista neuropatológico, esta forma es caracterizada por una atrofia global, moderada cuando se la compara con la E.A. y D.S.A., evidenciado por cierto adelgazamiento de las circunvoluciones y ensanchamiento de los surcos cerebrales, así como una dilatación de los ventrículos laterales del cerebro. Las lesiones histológicas típicas de la D.S.S. son las placas seniles P.S. (también llamadas placas orgiófilas o placas neuríticas); son formaciones de aproximadamente 50 micrones que tienen un centro de sustancia amiloide. Las P.S. muestran una clara tendencia a invadir toda la corteza, sobre todo en las áreas asociativas,

¹¹ Miguel K. Demencia Senil y Presenil, Ciencia y cultura latinoamericana, S.A. de .C.V. México D.F. 1997.

y se acompañan de una reacción glial. También se encuentran P.S. a nivel subcortical, en la amígdala, el hipotálamo, los cuerpos mamilares y los tubérculos cuadrigéminos. Las lesiones neurofibrilares (que reciben el nombre de degeneración neurofibrilar) consisten en haces de neurofibrilla situadas en el pericarión de las células piramidales de la corteza.

La D.S.S. aparece alrededor de los 70 años de edad, aunque se describen formas de inicio más precoz. El inicio suele ser insidioso y progresivo, siendo sus primeros síntomas caracterizados por trastornos de la memoria sobre todo para los hechos recientes, y la fijación y, en ocasiones, un estado depresivo. Con la aparición de la hipomnesia se hace presente la desorientación temporoespacial, primero en el gran espacio y en el tiempo largo y bastante tardío en el pequeño espacio y el tiempo corto. Los trastornos de la memoria en general siguen la llamada "ley de Ribot" es decir, que la memoria para hechos recientes se ve afectada en forma más precoz e importante y progresivamente se va afectando la memoria para hechos cada vez más remotos. Además de la desorientación, suelen aparecer otros trastornos relacionados con la hipomnesia; la confabulación, los falsos reconocimientos de personas y la repetición de los mismos temas. A veces existen ideas delirantes de perjuicio o de persecución, que no llegan a estructurarse en un estado paranoide.

En cuanto a su conducta, el paciente empieza a tener fallas en la atención, puede ser irritable, agresivo o agitado. Cuando tiene insomnio, suele invertirse el ciclo vigilia-sueño. Sus actividades no tienen una finalidad determinada, son ineficaces y el paciente va perdiendo la capacidad de valerse por sí mismos. En las funciones instrumentales, sólo se observa una apraxia constructiva por pérdida de la representación del espacio tridimensional; es decir, de la perspectiva. En las agnosias visuales, en ocasiones hay dificultad para reconocer imágenes borrosas, incompletas o superpuestas, en el reconocimiento corporal, puede haber errores en la autotopoagnosia de los dedos. En lo que a lenguaje se refiere, el único trastorno es la falta de la palabra, en relación, probablemente, con la amnesia, por olvido del vocabulario, sobre todo del que no es de su uso muy común.

La psicomotricidad muestra pocas alteraciones; un ligero temblor y sincinesias por imitación, pueden estar presentes una hipertonia de oposición y un inicio del reflejo de presión forzada.¹²

¹² Pichot P, López J, Aliño J. DCM-4 Manual Diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Ss. Sociedad, Barcelona, 1995.

3.5.3 DEMENCIA SENIL ALZHEIMERIZADA.

Esta forma es la culminación de la demencia senil simple cuando se alzheimeriza. La neuropatología muestra que la atrofia cerebral es mucho más marcada que en la D.S.S. y afecta las áreas de proyección, sobre todo las áreas asociativas. El sistema ventricular cerebral está marcadamente dilatado. Aparte de la P.S., ya presente en la D.S.S. las lesiones neurofibrilares han invadido el hipocampo y las áreas neocorticales temporal, prefrontal y parieto-occipital. A veces existen L.N.F. en los ganglios de la base del cerebro.

En la D.S.A. (y por lo tanto en la enfermedad de Alzheimer), se describe otro tipo de anomalía neurohistológica que no se presenta en la D.S.S. la degeneración granulovascular, observada exclusivamente en la corteza hipocámpica. Consiste en una o varias vacuolas situadas en el citoplasma de las neuronas que contienen gránulos densos y pequeños.

A demás de la pérdida de autonomía y la consiguiente dependencia a la que lleva la situación clínica grave representada por la D.S.A. su característica principal desde el punto de vista instrumental es la presencia de un síndrome afásico-aprático-agnóstico. En el lenguaje existen parafasias fonémicas e interacciones aparte de las parafasias semánticas y los circunloquios, ya presentes antes de la Alzheimerización completa. No es raro observar ecolalia, logoclonias y palilalia. La apraxia estotal; es decir: constructiva, ideomotriz e ideatoria. La agnosia se manifiesta por autotopoagnosia corporal y una estereognosia. El síndrome de desintegración psicomotriz es completo, es decir, se ubica en el tercer nivel y, en general, la D.S.A. corresponde a ese nivel de desintegración.

3.5.4 DEMENCIAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO.

Además de las categorías específicas, hay otras enfermedades médicas que provocan demencia. Entre ellas se incluyen lesiones (primarias o secundarias a tumores cerebrales, hidrocefalia normotensiva o lentamente progresiva), enfermedades metabólicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), enfermedades nutricionales (deficiencia de tiamina, niacina y Vit. B₁₂), enfermedades infecciosas (neurosifilis, criptococosis), trastornos de la función hepática y renal y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple. También hay que considerar causas raras de lesión del sistema nervioso como descargas

eléctricas o radiación intracraneal. Trastornos raros como las enfermedades infantiles y adultas de depósito presentan un cuadro clínico y una historia familiar que las distingue.

La exploración física, las pruebas de laboratorio y otros síntomas clínicos asociados dependen de la naturaleza y gravedad de la enfermedad médica.¹³

A) La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiestan por:

- 1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
 - 2) Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas.
 - a) Afasia (alteraciones del lenguaje).
 - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la función motora está intacta).
 - c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - d) Alteraciones de la ejecución (p ej, Planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B) Los déficit cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro cognitivo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C) Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.
- D) Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

¹³ Miguel K. Psicoterapia Geriátrica. Fondo de Cultura Económica, México D.F. pag 218-219. 1998.

3.5.4.1 DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS DEMENCIAS.

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debido a enfermedad médica en primer lugar, se establece la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico.

Algunas consideraciones sirven para orientar cuando es etiológica la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad médica. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos para un trastorno afectivo primario.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidios son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comparten un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas, (p ej.; cáncer, lesiones medulares, úlceras péptica, enfermedad de Huntington, SIDA, insuficiencia renal terminal, lesiones cerebrales).

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas (p ej.; enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral (p ej.; accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (p ej.; deficiencia de vit. B₁₂), enfermedades endocrinas (p ej.; hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (p ej.; lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (p ej.; hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y algunos tipos de cáncer (p ej.; carcinoma de páncreas). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro.

3.5.4.2 ENVEJECIMIENTO Y DEPRESIÓN.

Los signos y síntomas de la depresión son frecuentes entre la población geriátrica. Entre 10 y 20% de las personas mayores que viven en la comunidad se sienten tristes o incómodos (estado de ánimo disfórico) y cerca del 5% presentan depresión clínica. La prevalencia de estas alteraciones es aún mayor entre los ancianos que se encuentran en hospitales y asilos. En cerca del 12% se observa depresión mayor, así como otros síndromes depresivos en el 23% de los varones de 70 años o más hospitalizados por causas agudas entre las personas mayores internadas en una institución, se identifica depresión mayor en 15% a 20% adicional presenta síntomas depresivos; los índices de estos trastornos en los asilos se encuentran en rangos parecidos. La depresión presenta una relación importante con la mortalidad entre la población de asilos. El índice tan alto de suicidio entre los ancianos es perturbado; los varones de este grupo de edad tienen el mayor índice de suicidios, tres o cuatro veces mayor al de la población general. Entre los varones mayores de 80 años, la frecuencia se aproxima a 50 por cada 100,000 en comparación con el índice de 10 por cada 100,000 de la población general.

Hay varios factores que se relacionan con el suicidio de los ancianos. Factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos, que predisponen a los ancianos a la depresión. Los cambios por el envejecimiento en el sistema nervioso central, como el aumento en la actividad de la monoaminoxidasa y menores concentraciones de neurotransmisores (en especial los catecolaminérgicos), pueden intervenir en cierto grado en el desarrollo de la depresión en el anciano. No obstante, aún no se ha esclarecido la relación que guarda con los cambios propios del envejecimiento en los sistemas neuroendócrinos.

Al paso de los años, aumenta la frecuencia de varias enfermedades específicas acompañadas de síntomas depresivos, la prevalencia de enfermedades crónicas y la frecuencia del uso de medicamentos cada uno de estos factores llega a predisponer al paciente a la depresión.

Las pérdidas son frecuentes en esta edad. Las pérdidas físicas se traducen en un decremento en las capacidades para el cuidado personal, lo que muchas veces deriva en pérdida de la independencia. Las discapacidades sensoriales importantes (en particular

visuales y auditivas), pueden ocasionar aislamiento y depresión sensorial, y ambas circunstancias quizá influyan en el desarrollo de la depresión. La pérdida de la memoria y otras funciones intelectuales (demencia), a menudo se relacionan con depresión en el anciano. Las pérdidas de empleo, ingresos y apoyos sociales (sobre todo, la muerte de familiares y amigos) aumentan con la edad. El duelo suele transformarse en aislamiento y depresión. También la enfermedad de Parkinson llega a malinterpretarse como depresión, con sus aspectos de máscara, bradicinesia y postura encorvada.

Debido a los múltiples factores que predisponen a estos pacientes a la depresión, es sorprendente que la prevalencia del trastorno no sea mayor. La depresión que se manifiesta principalmente por síntomas físicos se denomina *depresión disimulada* y es muy frecuente en los pacientes geriátricos por varias razones.

Muchos de los ancianos de hoy fueron educados en una atmósfera que inhibía la expresión de emociones. Por la dificultad para expresar en forma directa los sentimientos de tristeza, culpa e ira, es posible que somaticen estas emociones y se quejen de síntomas físicos. Además, muchos ancianos con disminución del estímulo sensorial por pérdida visual, auditiva o táctil pueden tener una respuesta excesiva a las actividades internas (como el latido cardíaco y motilidad gastrointestinal) y enfocarse en estas preocupaciones cuando están ansiosos o deprimidos.

El insomnio es ejemplo de un síntoma muy frecuente, aunque inespecífico, de la vejez. Aunque es uno de los síntomas claves en el diagnóstico de las diferentes formas de depresión, hay varios factores que pueden determinar esta molestia.¹⁴

¹⁴ Robert L.K. Joseph GO. Itamar BA. Geriátria Clínica. Martha Elena A. 3ª Ed. Hill. Interamericana, México. pag 102-124.

3.5.4.3 HIPOTIROIDISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS DEMENCIAS.

Hay diferentes informes respecto a los cambios tiroideos relacionados con la edad. En algunos estudios se sugiere que el tiroides disminuye de volumen con la edad; empero en otras se indica que hacia los 70 años de edad, el tiroides en realidad aumenta de tamaño hasta unos 35 a 40 años, incremento del doble en comparación con sujetos más jóvenes. También hay aumento de la nodularidad del tiroides, así como de la fibrosis y la infiltración linfocítica. Aún así, esos cambios anatómicos TSH con la edad en varones; y en aún otros, aumento progresivo de la TSH sérica en mujeres. Se ha notado que en sujetos de 50 a 94 años de edad disminuyen las captaciones de yodo radiactivo (RAIV). Con todo, también hay disminución relacionada con la edad de la depuración renal y tiroidea de yodo. Cuando se corrige la RAIV, el decremento aún es significativo. En concordancia con la disminución de la RAIV, hay decremento del ritmo de producción, de T4 en ancianos, también disminuye la producción de T3, lo que podría deberse al ritmo de conversión disminuido de T4 en T3. Se ha demostrado que hay deducción vinculada con la edad de la monodesyodación de otras hormonas tiroideas.

La prueba de TRH mide la reserva de la TSH hipofisiaria, se efectúa mediante inyección de un bolo de TRH por vía intravenosa y la medición de la concentración de TSH antes y después de este bolo. En caso de hipotiroidismo, hay reacción exagerada.

En general el hipotiroidismo se relaciona con algunos cambios definidos, estadísticamente significativos, en la estructura y el funcionamiento tiroideos.

El hecho de que se conservan bien las concentraciones de hormona tiroidea y de que la desintegración o eliminación de ésta última está aumentada, tiene cierta utilidad clínica.

Es una enfermedad más frecuente en mujeres, con una prevalencia del 4% en mayores de 60 años; sólo un tercio tiene una presentación típica.

El hipotiroidismo del anciano se debe a enfermedades intrínsecas del tiroides, predominantemente autoinmunitarias. Además de la frecuente tiroiditis crónica (enfermedad de Hashimoto), la insuficiencia tiroidea también puede ocurrir como consecuencia de intervención quirúrgica o de tratamiento con yodo radiactivo para enfermedad de Graves. Incluso quienes alguna vez recibieron antitiroideos a largo plazo para enfermedad de Graves y

aquellos en los que no fue posible la vigilancia, a la postre pueden presentar hipotiroidismo años después. Estas observaciones sugieren que cualquier enfermedad antitiroidea autoinmunitaria puede dar como resultado insuficiencia tiroidea, quizá debido a pérdida de la función folicular normal por infiltración linfocítica crónica.

Muchos de los síntomas de envejecimiento pueden ser similares a los de hipotiroidismo, incluso son síntomas a menudo atípicos, en donde rara vez un paciente se percata de que se deben a enfermedad tiroidea. Los enfermos geriátricos describen muy bien síntomas como, fatiga, falta de concentración, piel seca, estreñimiento, calambres en las piernas, intolerancia al frío, pérdida de pelo y debilidad. Rara vez acuden al principio a un endocrinólogo, pero consultan a otros especialistas, como un otorrinolaringólogo, debido a disfonía y sordera; a un psiquiatra o neurólogo a consecuencia de confusión, demencia, ataxia, parestesias, o depresión; a un dermatólogo por piel seca o pérdida de pelo, a un ortopedista debido a síndromes del túnel carpiano o a un hematólogo a consecuencia de anemia.

SÍNTOMAS DE HIPOTIROIDISMO.

- Macroglosia.
- Palidez flavínica
- Ojos achinados
- Pelo ralo.
- Uñas frágiles.
- Piel seca, fría y pastosa.
- Edema duro.
- Bradicardia.
- Cardiomegalia.
- Angina.
- Alteraciones electrocardiográficas.
- Apnea del sueño.
- Ronquera.
- Insuficiencia respiratoria.
- Derrame pleural.
- Anorexia.
- Ascitis.
- Mala/absorción.
- Estreñimiento.
- Hiponatremia.
- Intolerancia al frío.
- Hipoglicemia.
- Hiperlipidemia.
- Anemia.
- Ataxia.
- Deterioro psicoorgánico.
- Rigidez.
- Condrocalcinosis.

El tratamiento Comprende el empleo de hormona tiroidea. Una preparación que contenga tanto T4 como T3; ya que estimula la función tiroidea normal.

La absorción de T3 es muy rápida, y pueden medirse concentraciones bastante elevadas de T3 en el suero varias horas después de la ingestión.

Se recomienda iniciar dosis bajas 0.025mg de L-tiroxina al día y después ajustar.

Observar a los enfermos cada mes para valorar su estado clínico y medir las concentraciones de TSH ante la nueva dosis.

Se recomienda también triyodotironina (L-T3) para tratar hipotiroidismo en cardiopatías.

La intervención quirúrgica tiene buenos resultados al administrar un bolo de L-tiroxina por vía intravenosa ajustada a sus requerimientos antes de la operación y dosis intravenosas según se requieran durante el post-operatorio.¹⁴

¹⁴ Robert LK. Joseph GO, Itamar BA. Geriátria Clínica, Martha Elena A. 3ª Ed. Hill, Interamericana, México pag 253-255. 1997.

4.1 HALLAZGOS DEL CASO DERIVADOS DE LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: E.C.C.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

EDAD: 87 años.

LUGAR DE NAC: México D.F.

SEXO: Femenina.

L. DE RESIDENCIA: México D.F.

EDO. CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica.

F. NACIMIENTO: 05-03-1910.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Se dedicó al hogar, vivió en casa propia, que contaba con todos los servicios, no convivió con animales, llevando una vida sedentaria, refirió alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez, niega tabaquismo y toxicomanías, su alimentación fue buena en cantidad y calidad hasta 6 meses antes de su internamiento. Tenía buenos hábitos higiénicos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

HTA diagnosticada en 1990, controlada, colocación de marcapasos definitivo por bradicardia sinusal en 1996, artritis que inicio en 1996, localizada en articulaciones de codo y rodilla y dedos en forma leve, otitis media aguda izquierda en 1997, Sx depresivo diagnosticado en marzo de 1998 bajo tratamiento con pobre respuesta, hipotiroidismo diagnosticado en marzo de 1998.

Su padecimiento actual lo inicia en marzo de 1998, al presentar por la tarde en su domicilio somnolencia e hiporexia. Motivo por el que es atendida en el servicio de urgencias en este hospital, donde se le hacen los diagnósticos arriba mencionados y donde se decide su internamiento para una estancia prolongada. Actualmente vive en la residencia Covadonga en el asilo del Hospital Español, su habitación cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Convivió con otras personas hasta mayo de 1998, fecha en que inicio un proceso de aislamiento, actualmente "convive" únicamente con su cuidadora y su hija dentro de su cuarto, tampoco convive con animales, es asistida en sus necesidades básicas e

instrumentales de la vida diaria. Actualmente sólo toma jugo en una tercera parte del contenido del vaso, siendo así desde hace varios meses. Teniendo que ser alimentada con suplementos alimenticios comerciales (Ensure).

En la valoración de enfermería encontramos:

T/A 130/80, FC 96x', FR 20x', G 11, P 11. A 0, C 0.

4.2 VARIABLES A ESTUDIAR DEACUERDO A LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.

- Hiperpigmentación de manos y cara con presencia de gerodermas, zonas ásperas y reseca.
- Alopecia generalizada con incremento de la pérdida de la zona.
- Autocuidado deficiente.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

- Úlceras en comisura labial.
- Dificultad para deglutir.
- Problemas de masticación.
- Náuseas o vómito.
- Cambios de apetito.
- Intolerancia a la alimentación.
- Anemia.
- Pérdida de peso.
- Dolor abdominal o intestinal.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- Goteo terminal al orinar.
- Incontinencia urinaria.
- Secreción vaginal.
- Infección.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

- Artritis (articulaciones dolorosas, rigidez muscular).
- Calambres.
- Parálisis.
- Parexias.
- Temblores o espasmos (en brazos).
- Debilidad muscular.
- Problemas para deambular.
- Caídas.
- Fatiga.
- Inmovilidad.
- Dolor o sensibilidad en el cuello.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Problemas de memoria.
- Disturbios del sueño.
- Alteración sensorial.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

- Deprivación visual (diplopia horizontal, visión borrosa, uso de gafas).
- Deprivación auditiva (vértigo).
- Afasia.
- Apraxia.
- Demencia.
- Aislamiento social.
- Alteración de los procesos familiares.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

- Problemas de memoria.
- Estrés o tensión actual.
- Dificultad para concentrarse.
- Depresión (llanto fácil, aislamiento, labilidad emocional, tristeza).

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- Disminución de actividades recreativas.

4.3 HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN DE CADA NECESIDAD.

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

- Posible alteración de la nutrición inferior a los requerimientos corporales, relacionada con la dificultad para masticar, tragar y la necesidad de un período de tiempo prolongado para las comidas.
- Alteración de la nutrición relacionada con dolor abdominal y aversión a comer.
- Alteración de la nutrición, inferior a los requerimientos corporales, relacionado con una pérdida del apetito y falta de conocimientos sobre una correcta nutrición.
- Déficit de volumen de líquidos, relacionado con una menor ingesta de líquidos y una disminución de la movilidad.
- Alteración menor de los requerimientos corporales, relacionado con alteración del estado mental, pérdida de memoria, depresión y tendencia a distraerse durante las comidas.
- Riesgo de aspiración, relacionado con la disfagia.

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN.

- Alteración de la eliminación urinaria relacionada con la afección del sistema autónomo que causa disfunción, infección o depresión.
- Riesgo de infección relacionado con la fuga de orina, uso de compresas perianales y sondas internas o externas.

- Alteración de la eliminación intestinal, relacionada con la reducción de ingesta de fibra en la dieta y la reducción de líquidos.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionada con la incontinencia urinaria.
- Alteración de los modelos de eliminación urinaria, relacionada con una pérdida de memoria.
- Incontinencia funcional relacionada con una menor capacidad física y cognitiva.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

- Dolor crónico en miembros superiores, relacionado con la rigidez muscular y con la reducción del movimiento articular.
- Riesgo de lesión relacionado con un mal equilibrio, juicio inapropiado y comportamiento errático, manifestado por caídas frecuentes, privación sensorial, y riesgos ambientales.
- Trastorno de la movilidad física relacionada con la intolerancia a la actividad, disminución de la fuerza y de la resistencia muscular.
- Deterioro de la integridad cutánea debido a la movilidad y la disminución de la función.
- Trastorno de la movilidad física relacionado con alteración perceptual cognitiva.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Trastorno del modelo de sueño relacionado con la demencia.
- Alteración de los patrones de sueño relacionados con el uso inadecuado de fármacos hipnóticos.
- Alteración del patrón del sueño, relacionado con alteraciones sensoriales internas y externas.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.

- Dificultad para realizar autocuidado en la alimentación, manifestado por falta de aseo, higiene, vestido y evacuación, relacionado con la alteración del proceso de pensamiento, fatiga, debilidad y deterioro del control motor.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

- Traumatismo potencial relacionado con un juicio inapropiado.
- Riesgo de lesión relacionado con el comportamiento errático.
- Riesgo de comportamiento agresivo, relacionado con la alteración del proceso de pensamiento.
- Aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria del paciente y por la imposibilidad de dejarle sólo.
- Alteración sensorceptiva relacionado con el estado de los órganos sensoriales (visual y auditivo).
- Alteración de los procesos familiares debido a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognitivo.

NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Dificultad para realizar actividades recreativas relacionados con limitaciones físicas, impedimento mental y ambiente carente de actividades diversas.

4.4 HALLAZGOS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALAS EN GERIATRÍA.

EVALUACIÓN MENTAL.

En la evaluación mental, sólo contestó en qué fecha nació, cuantos hijos tiene y sus nombres, en donde nació y en qué trabajó, o se ocupó. Obteniendo en total 4 puntos que nos indica que tiene una confusión moderada.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA.

En la escala de depresión geriátrica nos contesto positivamente, que ésta satisfecha con su vida, que ha abandonado muchos de sus intereses y actividades, que su vida ésta vacía, que se aburre con frecuencia, que tiene miedo que algo mala le vaya a suceder, que se siente frecuentemente desamparado, que se siente intranquilo y nervioso con frecuencia, que tiene más problemas de memoria que los demás, que se siente lleno de energía, que su situación es desesperante, cree que los demás están mejor que ella, que es fácil para ella tomar decisiones, que su mente esta tan clara como solía estar antes, que la mayor parte del tiempo esta de buen humor, cree que la vida es muy emocionante, y que prefiere evitar las reuniones sociales.

La calificación obtenida en este caso corresponde a 16 puntos que equivale a una depresión ligera o leve.

ESCALA DE RIESGO A ÚLCERA DE PRESIÓN.

En la valoración de riesgo a úlcera por presión, encontramos, que la condición física de la paciente es muy pobre, su condición mental es confusa, su actividad y movilidad física esta limitada a una silla de ruedas y además tiene incontinencia urinaria; lo que nos dio como resultado una puntuación de 10, que nos indica que la paciente está en riesgo inminente de ulceración.

ESCALA DE KATZ Y LOWTON.

En la escala de valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria nos contesto que, bebe de una taza con ayuda, se alimenta con ayuda, se viste la parte superior y inferior con ayuda, se coloca una prótesis con ayuda. Ocasionalmente se puede levantar y sentarse de una silla, sentarse y levantarse del W.C y caminar 20 metros planos. Es incapaz de su arreglo personal (baño y aseo), control de evacuaciones, entrar y salir de tina o regadera, subir o bajar 15 o 20 escalones y de maniobrar silla de ruedas.

En este caso se obtuvo una puntuación de 26 lo que nos indica que la paciente es totalmente dependiente en más de cinco actividades básicas de la vida diaria, así como de las actividades instrumentales.

ESCALA DE TINNETI.

En la prueba de *Tinneti*; encontramos que al estar sentada se mantiene segura y firme, para levantarse es incapaz sin ayuda, por lo que al intentarlo no lo logra sin apoyo, al ponerse de pie se mantiene estable pero apoyándose de otra persona, el equilibrio en los pies es estable pero ampliando la base de sustentación y ayudada por otra persona; tiene *Romberg* positivo, iniciando la marcha con dificultad (ya que se mareo), sobrepasa el pie izquierdo del derecho al dar el paso y despega los pies completamente del suelo al caminar, la longitud de los pasos es igual, siendo los pasos continuos pero requiriendo de ayuda para ejecutar la marcha, su tronco oscila, no realiza balanceo de los brazos y sus talones se mantienen separados al ir caminando, logra girar sin dificultad y es ayudada a sentarse para evitar el desplome.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA.

En la valoración neurológica encontramos que durante la entrevista la paciente se muestra poco cooperadora manteniendo los ojos unas veces cerrados y otras abiertos, y abriéndolos al momento de indicarle una orden, tiene respuesta al dolor localizando el sitio donde se produjo. Se encuentra desorientada en tiempo y espacio aun que solo sabe que esta en el sanatorio Español, su lenguaje es lento sin variabilidad en el tono sin dificultad para articular las palabras, es comprensible y pareciera que el hablar le produjera esfuerzo. El lenguaje oral es normal, ya que comprende correctamente lo que se le ordena, el lenguaje escrito lo realiza con ligera dificultad mostrando trastornos visoespaciales al copiar modelo de pentágonos, sin embargo tiene buena comprensión del lenguaje escrito; en cuanto a la memoria reciente de evocación muestra trastorno al no recordar las tres palabras que se le indicaron, la atención se encuentra ligeramente alterada ya que puede realizar algunas operaciones pero no puede deletrear palabras en sentido inverso, presenta agnosias visuales sobre todo para reconocer a las personas, tiene praxias del vestir ya que no es capaz de ponerse distintas prendas. En cuanto al juicio y orientación derecha izquierda no se valoro por falta de cooperación de la paciente.

5. HALLAZGOS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA CADA NECESIDAD.

5.1 NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Posible alteración de la nutrición inferior a los requerimientos corporales, relacionada con las dificultades para masticar, tragar y la necesidad de un periodo de tiempo prolongado para las comidas.
- Alteración de la nutrición relacionada con dolor abdominal y aversión para comer.
- Alteración de la nutrición, inferior a los requerimientos corporales, relacionada con una pérdida del apetito y falta de conocimiento sobre una correcta nutrición.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA.

En la valoración neurológica encontramos que durante la entrevista la paciente se muestra poco cooperadora manteniendo los ojos unas veces cerrados y otras abiertos, y abriéndolos al momento de indicarle una orden, tiene respuesta al dolor localizando el sitio donde se produjo. Se encuentra desorientada en tiempo y espacio aun que solo sabe que esta en el sanatorio Español, su lenguaje es lento sin variabilidad en el tono sin dificultad para articular las palabras, es comprensible y pareciera que el hablar le produjera esfuerzo. El lenguaje oral es normal, ya que comprende correctamente lo que se le ordena, el lenguaje escrito lo realiza con ligera dificultad mostrando trastornos visoespaciales al copiar modelo de pentágonos, sin embargo tiene buena comprensión del lenguaje escrito; en cuanto a la memoria reciente de evocación muestra trastorno al no recordar las tres palabras que se le indicaron, la atención se encuentra ligeramente alterada ya que puede realizar algunas operaciones pero no puede deletrear palabras en sentido inverso, presenta agnosias visuales sobre todo para reconocer a las personas, tiene praxias del vestir ya que no es capaz de ponerse distintas prendas. En cuanto al juicio y orientación derecha izquierda no se valoro por falta de cooperación de la paciente.

5. HALLAZGOS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE EMFERMERÍA PARA CADA NECESIDAD.

5.1 NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Posible alteración de la nutrición inferior a los requerimientos corporales, relacionada con las dificultades para masticar, tragar y la necesidad de un periodo de tiempo prolongado para las comidas.
- Alteración de la nutrición relacionada con dolor abdominal y aversión para comer.
- Alteración de la nutrición, inferior a los requerimientos corporales, relacionada con una pérdida del apetito y falta de conocimiento sobre una correcta nutrición.

- Déficit de volumen de líquidos relacionados con una menor ingesta de líquidos.
- Alteración de la nutrición de los requerimientos corporales relacionados con alteración del estado mental, pérdida de memoria, depresión, tendencia a distraerse durante las comidas.
- Riesgo de aspiración relacionado con la disfagia.

OBJETIVOS.

- El peso de lal paciente será adecuado a su estatura y edad.
- Proporcionar una dieta nutritiva equilibrada y mantener un peso corporal estable.
- Evitar la aspiración y fomentar hábitos alimenticios seguros.
- La paciente comerá más cantidad de alimentos.
- La paciente aumentará 4.5kg en 6 meses.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Revisar los factores que puedan impedir la ingestión y/o la digestión de nutrientes.
- Valorar la capacidad de masticar, tragar, y saborear.
- Revisar la dentadura y barreras mecánicas, etc.
- Valorar las intervenciones farmacológicas, los efectos de alguna enfermedad, alergias, el uso de laxantes y diuréticos.
- Determinar factores psicológicos, deseos e influencias culturales.
- Auscultar los ruidos intestinales.
- Observar la aparición de amenorrea, caries dental, hinchazón de las glándulas salivales, quejas constantes de úlceras en la garganta, que puedan ser signos de bulimia.
- Valorar el peso, edad, constitución, fuerza, nivel de actividad, reposo, etc.
- Calcular el consumo basal de energía, utilizando la fórmula de Harris Benedict y estimar los requerimientos de energía y de proteínas.
- Medir/calcular la grasa subcutánea y la masa muscular del pliegue cutáneo del tríceps, y el perímetro de la musculatura del brazo.

- Revisar los datos de laboratorio (p.ej., albúmina en suero, glucosa, función hepática, electrolitos y calorimetría indirecta).
- Evitar alimentos que causan intolerancia/aumento de la motilidad gástrica (p.ej., alimentos flatulentos, fríos, calientes, especias, bebidas con cafeína y derivados lácteos).
- Evitar reducir los olores/visiones desagradables que puedan tener un efecto negativo sobre el apetito.
- Realizar el cuidado de boca antes y después de las comidas y siempre que sea necesario.
- Promover una adecuada ingestión de líquidos (puede ser necesario limitar los líquidos una hora antes de las comidas para disminuir la posibilidad de saciedad temprana).
- Desarrollar un programa terapéutico de nutrición controlada (p.ej., periodificar las comidas en tiempo y duración, dar a probar los alimentos y administrar por sonda los no comidos). para evitar complicaciones de malnutrición, particularmente cuando el problema sea la anorexia nerviosa o la bulimia (puede ser necesario la hospitalización para controlar el entorno).
- Fomentar la ingesta de 150ml/h de líquidos mientras esté despierta, ofrecer distintos líquidos, como el zumo de frutas y distintos alimentos que contengan mucha agua. Como macedonia, gelatina, helado, etc.
- Disminuir el uso de excesiva sal en la comida.
- Alimentar al paciente en posición incorporada y dejarle permanezca así durante 45' después de las comidas.
- Al dar de comer al paciente colocar la comida en la parte posterior de su lengua y procurar que coma despacio.
- Si la paciente tiene dificultad para tragar líquidos proporcionar a cambio, frutas semilíquidas.
- Enseñar al cuidador cómo realizar la presión abdominal en caso de que la paciente se atragante.
- Pedir a la familia que lleve un diario de su nutrición.
- Pesar a la paciente semanalmente y comunicár cualquier descenso, y anotar los resultados del peso en una gráfica.
- Pedir una consulta al dietista para evaluar las necesidades y establecer un plan nutricional.

- Proporcionar los alimentos tolerados y preferidos.
- Servir los alimentos calientes que deban estar calientes y fríos los alimentos que deban estar fríos.
- Sugerir la intimidad al paciente durante las comidas; proteja las ropas de salpicaduras (proteger con un babero la parte frontal de la camisa).
- Aconsejar a los familiares a que el paciente esté con ellos a la hora de las comidas, incluso si consume la mayor parte de sus alimentos en otro lugar.
- Seleccionar los lugares donde debe comer de acuerdo con los mejores resultados, reduzca los estímulos y ser firme en el horario de las comidas y respetar el lugar del paciente.
- No permitir a otras personas que conversen entre ellos. Para evitar la distracción de la paciente durante las comidas.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- Se mejoró la presentación de los alimentos.
- Se proporcionó dietas equilibradas de acuerdo a edad, sexo y peso de la paciente, con ayuda de personal calificado (dietistas).
- Se realizó una valoración física y mental, para descartar patologías agregadas, que alteren la alimentación de la paciente.
- El cuidador primario mejoró en los hábitos alimenticios y en el manejo del paciente a la hora de sus alimentos.
- Se logró un aumento de 100 a 150gr de peso corporal del paciente por semana.

5.2 NECESIDADES DE ELIMINACIÓN Y APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Alteración de la eliminación urinaria relacionada con la afección del sistema autónomo que causa disfunción, infección o depresión.
- Riesgo de infección relacionado con la fuga de orina, uso de compresas perianales y sondas externas e internas.
- Alteración de la eliminación intestinal, relacionado con la reducción de ingesta de fibra en la dieta y la reducción de la ingesta de líquidos.
- Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con el contacto continuo de orina a la piel.
- Alteración de los modelos de eliminación urinaria relacionada con una pérdida de memoria.
- Incontinencia funcional relacionada con una menor capacidad física y cognoscitiva.
- Aislamiento social relacionado con la turbación causada por la incontinencia urinaria.

OBJETIVO.

- Valorar la existencia de síntomas agudos de incontinencia y establecer, si es necesario un esquema de reentrenamiento vesical.
- Evitar la formación de heridas cutáneas causadas por el contacto con la orina.
- La paciente tendrá una evacuación de heces cada 1-3 días.
- Aumentar la incontinencia mediante intervenciones de enfermería y dispositivos de ayuda.
- El paciente expresará un aumento del control de la eliminación voluntaria de orina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Valorar los patrones actuales de eliminación intestinal, urgencia y frecuencia.
- Identificar los diagnósticos físicos que puedan estar implicados, como cirugía (incluyendo la derivación urinaria). Deficit neurológico, como esclerosis múltiple, paraplejia/tetraplejía, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cardiovascular.
- Determinar si el problema es debido a la pérdida de la función neurológica o a desorientación (p.ej., enfermedad de Alzheimer).
- Pedir que se lleve un diario de la ingesta de líquidos y la eliminación urinaria y anotar las condiciones de la piel y mucosas.
- Valorar la capacidad de la paciente para vaciar la vejiga y palpar la vejiga para valorar la retención.
- Comprobar con frecuencia si existe distensión de la vejiga y observar si existe rebosamiento para evitar complicaciones de infección y /o hipereflexia vegetativa.
- Valorar a la paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención urinaria o delirio.
- Ayudar a la paciente cuando vaya al baño, colocando un signo grande y llamativo o un dibujo del orinal en la puerta del baño; observar signos no verbales que indiquen la necesidad de orinar y recordar a la paciente que vaya al baño; ayudarle a quitar o ponerse la ropa si es necesario; ayudarle a situarse de forma adecuada para orinar y darle pistas o recordarle verbalmente cada paso de la actividad si es necesario.
- Sugerir al cuidador primario el uso de compresas desechables o pañales para la paciente.
- Recomendar el empleo de sondas de silicon cuando sea necesario un sondaje permanente de larga duración.
- Ayudar a la familia a obtener materiales de protección hasta que se solucione el problema de incontinencia.
- Enseñar al familiar a añadir una o dos cucharadas de salvado crudo a los alimentos blandos y beber 8 vasos de agua al día.
- Emplear supositorios de glicerina según necesidad para estimular la contracción del músculo rectal.
- Hacer que el paciente beba limonada caliente (30 ml de limonada por 120ml de agua caliente más un edulcorante al gusto o 120ml de zumo de ciruela pasa caliente).

- Enseñar al paciente a completar la evacuación con un movimiento de balanceo.
- Valorar el periné del paciente en busca de heridas, erupciones o infección cutánea.
- Lavar el área afectada con jabón suave y agua tibia siempre que se cambie la ropa o la compresa.
- Aplicar una crema contra la humedad en el área afectada.
- Aplicar aceite de vitamina E en cápsulas, en las áreas enrojecidas.
- Usar laxantes y enemas únicamente como último recurso.
- Enseñar al cuidador o familiar a cambiar las compresas o pañales húmedos sin dejar pasar mucho tiempo después de que evacúe u orine.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- Hubo un ligero aumento en la ingesta de líquidos y fibra, durante y después de cada comida.
- La piel de la paciente permaneció intacta.
- Se logró establecer con el cuidador las medidas de autocuidado para reducir los riesgos de infección de vías urinarias.

5.3 NECESIDADES DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Dolor crónico relacionado con la rigidez muscular y con la reducción del movimiento articular.
- Riesgo de lesión relacionado con un mal equilibrio, caídas frecuentes y riesgos ambientales.
- Trastorno de la movilidad física relacionado con la intolerancia a la actividad, disminución de la fuerza y de la resistencia muscular.
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la movilidad y la disminución de la función.
- Trastorno de la movilidad física relacionado con alteración perceptual y cognitiva

OBJETIVOS.

- Proporcionar un ambiente con reducción del peligro y favorecer la seguridad.
- La paciente aumentará la actividad sin experimentar mucha fatiga y manifestará disminución del dolor.
- Reducir el riesgo de caídas y ayudar al paciente y al cuidador a identificar los riesgos ambientales.
- Evitar complicaciones dermatológicas debido a una menor función física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Enseñar al paciente técnicas de relajación muscular y el uso de representaciones mentales de imágenes.
- Valorar el nivel actual de tolerancia al ejercicio y grado de inmovilidad.
- Observar el movimiento cuando el paciente no se da cuenta de la observación.
- Observar las respuestas emocionales/comportamiento frente a los problemas de movilización.
- Anotar la presencia de complicaciones relacionadas con la inmovilidad (p.ej., contracturas, úlceras por decúbito e infecciones, etc).
- Valorar el grado de dolor, escuchando y observando las señales que manifieste la paciente.
- Colocar a la paciente con la máxima comodidad según, su programa de movilización regular y las necesidades del individuo (incluso con cambios frecuentes cuando el paciente esté en una silla de ruedas).
- Instruir sobre el uso de barandillas, trapecios, rollos almohadillados, para cambios de posición y traslados.
- Mantener un programa adecuado de ejercicios isométricos/isotónicos, grado de movilidad (activa y asistida), para evitar la estasis venosa y mantener la movilidad de las articulaciones y un buen alineamiento del cuerpo, para evitar la caída de los pies y las contracturas.
- Proporcionar medicación para el alivio del dolor antes de la actividad, si es necesario.
- Aplicar protectores, como una piel de borrego, sobre las articulaciones afectadas.

- Valorar la fuerza muscular de las extremidades superiores.
- Valorar la tolerancia a la actividad mediante la evaluación, la frecuencia cardíaca y la respiración y las manifestaciones de fatiga y debilidad.
- Ayudar a la paciente a realizar los ejercicios en cama; cuando pueda caminar, limite el tiempo y la distancia y vaya progresando según tolerancia.
- Valorar el estado nutricional, colaborando con el dietista, para proporcionar los nutrientes necesarios, para conseguir la energía que se precisa.
- Considerar la posibilidad de realizar ejercicios en grupo.
- Evitar las posiciones que produzcan posibles deformidades (sentarse durante un periodo prolongado, deformidades de flexión, etc).
- Mantener el equilibrio entre el descanso y la actividad.
- Enseñar a la familia las medidas de confort y la medicación analgésica.
- Designar a un miembro de la familia para que sea el compañero de ejercicios del paciente; emplear juegos para lograr que el paciente haga ejercicios.
- Asegurar al paciente que no corre peligro: cuando le mueva, emplee un cinturón de transferencia y los ayudantes necesarios, haga movimientos lentos que muestren su confianza; demuestre los movimientos al paciente antes de moverle.
- Comentar las diferencias en la movilización cuando el paciente es o no es consciente de que se le observa, y los métodos para tratar los problemas identificados.
- Involucrar al paciente y otras personas significativas ayudándoles a aprender las vías de solución de los problemas de inmovilidad.
- Identificar las necesidades y enseñar el uso de dispositivos auxiliares (p.ej., andadores, corsés y prótesis).
- Consultar con el terapeuta físico/ocupacional si está indicado.
- Enseñar a la familia a favorecer la relajación con un masaje en la espalda.
- Enseñar a la familia la importancia de realizar a diario ejercicios de movimiento articular y otros ejercicios (p.ej., caminar) para estirar los músculos y mantener la fuerza articular.
- Enseñar a la familia el empleo de aplicaciones de calor y frío para controlar el dolor.
- Mantener el programa de ejercicios y deambulación establecidos.

- Ayudar al paciente y familia a planificar periodos de actividad física con periodos de descanso

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- No se presentaron caídas y los riesgos de lesión disminuyeron.
- Se logró que la paciente caminará progresivamente, con ayuda, aunque no se logro su independencia total y parcial.
- La paciente cooperará con los ejercicios de amplitud de movimiento y fuerza muscular; hasta que manifiesto dolor.
- Se logró mantener la piel intacta de la paciente.
- Se estableció un horario de paseos en silla de ruedas alternando periodos de caminata.
- Se insistió en la resocialización de la paciente, con individuos de su misma edad a pesar de que la paciente se mostraba indiferente, asistió a los grupos de reunion sin mostrar participación alguna.

5.4 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Trastorno del modelo de sueño relacionado con la demencia.
- Alteración de los patrones de sueño relacionado con el uso inadecuado de fármacos hipnóticos.
- Alteración del patrón del sueño, relacionado con alteraciones sensoriales internas y externas

OBJETIVOS.

- Disminuir los trastornos del sueño comunes a la demencia.
- La paciente será capaz de dormir después de tomar la dosis minima del fármaco hipnótico prescrito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Identificar la presencia de factores internos/externos, incluyendo los que puedan contribuir al insomnio, como dolor crónico, depresión, enfermedades metabólicas como el hipertiroidismo y la diabetes, empleo de fármacos prescritos, la automedicación, ancianidad. etc.
- Anotar los diagnósticos de narcolepsia, apnea, trastornos respiratorios inducidos por el sueño, mioclonias nocturnas, etc.
- Determinar los acontecimientos traumáticos recientes en la vida del paciente (p.ej., muerte en la familia, pérdida de trabajo, etc).
- Ayudar en las pruebas diagnósticas (p.ej., EEG, estudios del sueño.).
- Investigar si la paciente ronca y en qué posición.
- Anotar las circunstancias que interrumpen el sueño y la frecuencia.
- Observar los signos físicos de fatiga (p.ej., intranquilidad, temblor de las manos, habla espesa, etc.).
- Realizar una gráfica cronobiológica para determinar los ritmos de actividad (los estudios muestran que los ciclos de sueño están afectados por la temperatura corporal al comienzo del sueño).
- Planificar las actividades y las visitas, con períodos adecuados de descanso durante el día para reducir la fatiga.
- Limitar la ingestión de chocolates y cafeína/bebidas alcohólicas, especialmente antes de irse a dormir.
- Establecer enfoque conductista, como levantarse a la misma hora todas las mañanas, (eliminar las siestas) y fomentar ejercicios regulares.
- Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
- Reorientar al paciente en forma suave y tranquilizadora si se despierta durante la noche y se vuelve confuso o nervioso.
- Limitar la ingesta de líquidos por la noche, si la nicturia constituye un problema.
- Explorar otros medios auxiliares para dormir (p.ej., baños calientes, leche, toma de proteínas antes de irse a dormir).
- Desarrollar un programa de conducta frente al insomnio: pensar en cosas relajantes cuando se esté en la cama, no realizar siestas durante el día; no leer en la cama;

levantarse de la cama si no se duerme en 15 minutos; limitar el sueño a 7 horas por la noche; asegurar a la paciente que el insomnio no amenazará la salud.

- Sugerir que la cama/dormitorio se utilice sólo para dormir, y no para trabajar o ver la televisión.
- Investigar el empleo de ayudas para eliminar la luz, el ruido como (p.ej., máscaras para dormir, toldos, cortinas oscuras, tapones para los oídos, sonidos monótonos, como ruidos bajos de fondo (ruido inocuos).
- Recomendar una siesta por la mañana, si es necesario, la siesta, especialmente por la tarde, puede interrumpir los patrones normales del sueño.
- Ayudar la paciente a tratar los procesos de duelo, cuando está indicado.
- Recurrir a consejo familiar para ayudar a los familiares a tratar los problemas producidos por las parasomnias.
- Garantizar la seguridad de la paciente durante la deambulación e intranquilidad nocturnas. Comprobar que el entorno cuenta con cerraduras difíciles de alcanzar en las puertas exteriores y que el horno está desenchufado. Colocar una silla en la habitación para permitirle moverse de la cama a la silla. Eliminar las sujeciones y colocar una verja en la parte superior de las escaleras.
- Enseñe a la familia a proporcionar medidas de comodidad destinadas a inducir, el descanso y el sueño. Reducir los estímulos ambientales, identificar las técnicas de sueño/relajación. Identificar un nivel adecuado de actividades durante las horas del día.
- Anime a la familia a consultar con su médico lo necesario o relativo al control del régimen medicamentoso.
- Enseñar a la familia de la paciente o a su cuidador los cambios en el modelo de sueño normales en la demencia, como frecuentes despertares, deambular durante la noche y permanecer despierto durante largos periodos.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- Se estableció con el cuidador medidas apropiadas para reducir los problemas de sueño.
- Se detectaron los factores que facilitan o inhiben el sueño, así como los factores internos y externos que alteran el sueño.
- Se logró que el cuidador primario comprendiera los cambios normales del sueño en la enfermedad de Alzheimer.

5.5 NECESIDADES DE HIGIENE, PROTECCIÓN Y APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Déficit de autocuidado en la alimentación, aseo, higiene, vestido y evacuación, relacionado con la alteración del proceso de pensamiento, fatiga, debilidad y deterioro del control motor.

OBJETIVO.

- La paciente posibilitará sus capacidades para alimentarse, bañarse, arreglarse, vestirse y utilizar el baño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Identificar el problema/patología fundamental implicado (p.ej., cáncer de piel u otros cánceres, escleroderma, lupus, psoriasis, diabetes, riesgo laboral, terapia esteroidea, antecedentes familiares, traumatismos, intervención quirúrgica, etc).
- Anotar los cambios en el color, textura y turgor de la piel. Valorar las zonas de menor pigmentación por si existen cambios de color (p.ej., esclerótica, lechos ungueales, mucosas bucal, lengua, palmas de las manos y plantas de los pies).
- Palpar las lesiones para valorar tipo, forma, consistencia, textura, temperatura e hidratación.

- Determinar la profundidad de las lesiones/daños en el sistema tegumentario, epidermis, dermis y/o tejidos fundamentales.
- Anotar los olores emitidos por la piel /zona de la lesión.
- Valorar el estado nutricional y las zonas con riesgo de lesión (p.ej., zonas de presión).
- Inspeccionar la piel diariamente, describiendo las lesiones y los cambios observados.
- Controlar los signos de complicaciones en la cicatrización de las heridas; infección, dehiscencia, etc.
- Ayudar en el proceso natural de reparación del organismo manteniendo la zona limpia, cubriendo cuidadosamente las heridas, sujetando la incisión (p.ej., empleo de steristrips, sujetar la zona al toser), evitando la infección y manteniendo un buen estado general del paciente. Ayudar en el desbridamiento/terapia enzimática en los graves (p.ej., quemaduras, úlceras por presión, etc).
- Limitar el empleo de materiales plásticos (p.ej.,sábanas de papel, protectores con el dorso de plástico, etc).
- Desarrollar un programa individual de cambios posturales para el paciente, explicando los motivos y las decisiones sobre los momentos y las posiciones junto a otras actividades.
- Emplear los dispositivos apropiados (p.ej., colchones de agua, borreguitos, almohadillas, etc), cuando esté indicado.
- Proporcionar una nutrición óptima y un aumento de proteínas para proporcionar un balance de nitrógeno positivo, lo que ayudará a la cicatrización de las úlceras por presión, lesiones y heridas.
- Estimular a la paciente a manifestar los sentimientos y comentar cómo afecta el problema al autoconcepto y autoestima.
- Ayudar a la paciente y personas significativas a entender y seguir el régimen médico, y a desarrollar un programa de autocuidado preventivos y de mantenimiento diario.
- Comprobar si las ropas y zapatos se adaptan bien.
- Valorar el estado físico y cognoscitivo de la paciente.
- Ayudar a la paciente a bañarse siguiendo sus rutinas lo más fielmente posible; tener todo lo necesario a mano y recordarle verbalmente cada tarea de modo sucesivo; evitar comentarios sobre la necesidad de bañarse, comprobar la temperatura del agua y usar

dispositivos de seguridad, como asidores, alfombras antideslizantes o una silla de baño, animar al cuidador para que se duche con la paciente.

- Ayudar a la paciente a vestirse colocando la ropa en el orden en que debe ponerse, usando vestidos de una sola pieza con cierres velcro o cremalleras grandes, y dándole el tiempo necesario.
- Ayudar a la paciente a la hora de comer permitiendo que lo haga sola, dejándole el tiempo necesario y proporcionándole pajitas, copas especiales y cubiertos grandes con mangos adecuados.
- Proporcionar diariamente un cuidado de la piel y siempre que sea necesario, manteniéndola bien seca; realizando un suave masaje, y aplicando una loción para estimular la circulación.
- Enseñar a la familia a ayudar a la paciente solamente en las actividades que ella encuentre difíciles de realizar y le permitan hacer todo cuanto pueda por sí sola.
- Trabajar con la familia para establecer un horario para la alimentación, el baño, el arreglo personal, el vestido y el uso del retrete.
- Enseñar a la familia las habilidades necesarias para ayudar a realizar las actividades de la vida diaria de manera apropiada.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- No se logró obtener la independencia total de la paciente en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y en el autocuidado, aún con los esfuerzos realizados durante la práctica.

5.6 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS, APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Traumatismo potencial relacionado con un juicio inapropiado y vagabundeo.
- Riesgo de lesión relacionado con el comportamiento errático.
- Riesgo de comportamiento agresivo, relacionado con la alteración del proceso del pensamiento
- Aislamiento social (pte y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria del paciente y por la imposibilidad de dejarle sólo.
- Alteración sensorioceptiva relacionado con el estado de los órganos sensoriales (visual y auditivo).
- Alteración de los procesos familiares debido a las crisis provocados por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia.

OBJETIVOS.

- El paciente y la familia adoptarán medidas de seguridad en el domicilio.
- La familia expresará verbalmente medidas preventivas.
- Garantizar la seguridad del paciente a medida que pierde su capacidad de hacer juicios acertados.
- El paciente no se alejará de su domicilio sin ir acompañada por los miembros de su familia o sus seres queridos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Proporcionar información sobre las enfermedades/problemas que pueden llevar a un aumento del riesgo de lesión.
- Identificar los dispositivos de seguridad para promover la seguridad física del entorno y del individuo.
- Revisar las consecuencias de los factores de riesgo previamente determinados.

- Demostrar/estimular el uso de técnicas para reducir/dominar el estrés y liberar emociones de enfado y hostilidad.
- Comentar la importancia del autocontrol de las situaciones/emociones que puedan contribuir a producir lesiones (p.ej., fatiga, enfado, irritabilidad).
- Estimular la participación en programas de autoayuda para aumentar la autoestima (p.ej., entrenamiento asertivo, autoimagen positiva, etc).
- Observar y conseguir información sobre lesiones físicas y valorar síntomas debidos al estrés como tumefacción, cefaleas, opresión, náuseas, palpitaciones, etc.
- Comentar la necesidad de una fuente de supervisión (p.ej., cuidado diario de los ancianos) revisar las expectativas de los cuidados en cuanto a los ancianos de la familia.
- Identificar los recursos de la comunidad, vecinos, amigos, para ayudar a las personas ancianas, minusválidas a facilitarles cosas como el mantenimiento de la estructura, de calles y escaleras, etc.
- Determinar el número de accidentes sufridos durante un período de tiempo, así como sus circunstancias, momento del día, actividades que realizaba, quién estaba presente.
- Revisar los factores de riesgo potencial (p.ej., nivel de ruido, uso de auriculares, inhalantes diversos y duración del tiempo de exposición).
- Controlar la presencia de signos y síntomas de desequilibrio endocrino, electrolítico (p.ej., hipomagnesemia, hipocalcemia), que puedan producir confusión, tetania, fracturas etc).
- Determinar la presencia potencial de hiponatremia, p. ej., inducida por cirugía o accidental.
- Evaluar el nivel de desarrollo, la capacidad para tomar decisiones, y el nivel de competencia.
- Valorar el estado de ánimo, la capacidad de afrontamiento, estilos de personalidad (p.ej., temperamental, agresivo, conducta impulsiva, nivel de autoestima), que puedan llevar a una falta de cuidado, aumento de riesgo sin tener en cuenta las consecuencias.
- Evaluar la respuesta individual ante la violencia del entorno (p.ej., vecinos, televisión, semejantes), que pueden aumentar la indiferencia ante su propia seguridad o la de los demás.

- Evaluar el conocimiento de las medidas de seguridad, prevención de lesiones y motivación para evitar las lesiones en el hogar, en la comunidad, y en el trabajo.
- Determinar el potencial de conductas de maltrato por parte de los miembros de la familia y otras personas significativas, y/o semejantes.
- Anotar el estatus socioeconómico.
- Valorar la fuerza muscular, coordinación motora tosca y fina.
- Instalar un timbre/luz de llamada para el paciente encamado, tanto en su casa como en el hospital. Enseñar a utilizarlo y colocarlo al alcance de la paciente.
- Bloquear los frenos de las ruedas de la cama/muebles móviles etc.
- Proporcionar un calzado bien ajustado y que no resbale.
- Enseñar a utilizar los dispositivos de ayuda para la deambulación.
- Facilitar la eliminación adecuada de los elementos potencialmente lesivos (p.ej., agujas, hojas de bisturi, etc).
- Desarrollar un programa de seguridad ante el fuego (p.ej., instrucciones a la familia, empleo de detectores de humo, limpieza anual de las chimeneas, adquisición de ropas antiinflamables, seguridad frente a los fuegos artificiales, etc).
- Evitar el uso de sujeciones o barandillas en la cama, si es necesario colocar el colchón en el suelo.
- Colocar las puertas y muebles de manera que no se interpongan en el camino del paciente con visión deteriorada.
- Limitar las actividades que puedan aumentar la presión intraocular, evitar los movimientos bruscos de la cabeza, frotarse los ojos, inclinarse o agacharse.
- Realizar una valoración psicológica del estado emocional de la paciente, anotando cualquier problema sexual.
- Ayudar al paciente a trabajar los estados de duelo y los sentimientos asociados con la condición individual.
- Enseñar a la familia medidas para la prevención de caídas.
- Sugerir que el paciente tenga las piernas colgando antes de levantarse y que evite apresurarse.
- Dar instrucciones a la familia para que supervise al paciente durante las comidas y para que le ayude si se atraganta (enseñe la maniobra de Heimlich).

- Instruya a la familia para que el paciente mantenga una posición erguida durante la ingestión de cualquier líquido.
- Comentar con la familia los beneficios que representaría que la paciente llevase un brazalete de identificación.
- Trabajar con la familia para la creación de un ambiente domiciliario seguro a fin de reducir la posibilidad de que el paciente lo abandone.
- Remita a la familia a la institución apropiada para conseguir un relevo en los cuidados.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- Se evitó que la paciente saliera de su domicilio, sin la compañía de su cuidador o algún ser querido.
- Se logró adaptar el medio ambiente de la paciente, de acuerdo a sus necesidades, evitando así las barreras arquitectónicas que fueran causa de lesión física.
- Se logró adaptar medidas de seguridad en su domicilio.

5.7 NECESIDADES DE COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognitivo.

OBJETIVO.

- Establecer una comunicación verbal y no verbal eficaz con la paciente y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de sus técnicas verbales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Anotar si la afasia es motora (expresiva pérdida de imágenes para articular la dicción), sensorial receptiva (incapacidad de entender las palabras y no reconocer el defecto), conductora (comprensión lenta, emplea las palabras inadecuadamente pero reconoce el error), y/o global (pérdida total de la capacidad de comprensión y del habla). Evaluar el grado de alteración.
- Anotar la existencia de traqueostomía o otros impedimentos físicos para hablar.
- Revisar la historia por si existen problemas neurológicos como AVC, tumores, esclerosis múltiple, pérdida de audición, etc.
- Anotar el diagnóstico de problemas psíquicos (p.ej., comportamiento maniaco-depresivo, esquizoide y afectivo).
- Determinar el lenguaje hablado y los antecedentes culturales.
- Revisar las pruebas neurológicas EEG, TAC, etc.
- Valorar la respuesta psicológica a la alteración de la comunicación, voluntad para encontrar medios alternativos de comunicación.
- Valorar los factores ambientales que pueden afectar a la capacidad para comunicarse (p.ej., nivel de ruido).
- Dirigirse suavemente a la paciente, de forma abierta, amistosa y relajada.
- Hablar a la paciente con un tono de voz claro y bajo.
- Identificarse siempre y mirar directamente al paciente mientras le hable y hacerlo a una distancia de 40cm aproximadamente.
- Valorar la audición y visión de la paciente; en caso de observar déficit, remitirlo para una evaluación más profunda y tx.
- Valorar el comportamiento no verbal de la paciente, como la expresión facial, lenguaje corporal (posturas), gestos y aumento de la intranquilidad.
- Reducir el ruido ambiental al hablar con la paciente.
- Estimular a la paciente a describir historias o situaciones de su pasado, ayudándole cuando sea necesario.
- Mantener una rutina para reducir la necesidad de comunicarse.
- Usar un libro de recuerdos como terapia, incluyendo fotos de su pasado

- Obtener la atención de la paciente antes de intentar establecer la comunicación; tóquele el hombro para conseguir su atención.
- Acompañe sus palabras de gestos y de otras indicaciones visuales.
- Si la paciente no le oye la primera vez, repita y cambie el modo de decirle lo mismo.
- Ayudarle a emplear dispositivos de apoyo auditivo en caso de que no escuche.
- Usar mensajes en primera persona (hoy no la entiendo).
- Tolerar los errores, no le corrija, espere niveles variables de audición día a día y durante la misma jornada.
- Evitar solicitar empleo del habla/comunicación por parte del paciente cuando éste, esté cansado, angustiado y frustrado.

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

- El cuidador mostró y mejoró su capacidad para comprender las necesidades del paciente.
- El cuidador se sintió menos frustrado por la falta de habilidades para comunicarse con la paciente.
- La motivación de la paciente para intentar la comunicación y la participación en la terapia oral, es fluctuante, debido a su estado de ánimo depresivo.

5.8 NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Déficit de actividades recreativas relacionados con limitaciones físicas, impedimento mental y ambiente carente de actividades diversas.

OBJETIVO.

- La paciente se ocupará en actividades satisfactorias dentro de las limitaciones personales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Confirmar la realidad de la privación ambiental.
- Valorar el impacto de la incapacidad/enfermedad en el estilo de vida del paciente.
- Determinar la capacidad de participación y el interés para realizar actividades que estén al alcance del paciente (p.ej., presencia de depresión, problemas de movilidad, aislamiento protector, privación sensorial, etc.).
- Identificar las causas de bloqueo de los contactos sociales (p.ej., inmovilidad física, déficit sensoriales, confinamiento en casa, incontinencia, etc.).
- Diferenciar el aislamiento de la vida retraída y de la soledad, que puede ser aceptable y elegida.
- Reconocer la realidad de la situación y los sentimientos del paciente.
- Revisar la historia para ver las actividades preferidas, aficiones, etc.
- Iniciar las acciones apropiadas para tratar los problemas concomitantes, como depresión, inmovilidad, etc.
- Proporcionar actividades físicas y mentales.
- Promover la mezcla de actividades/estimulos (p.ej., música programas de noticias, programas educacionales, T.V., grabaciones, materiales de lectura como libros de acción, visitas, juegos, trabajos manuales intercalados con períodos de sueño/descanso según esté indicado).
- Animar a la paciente a que participe en la elección de las actividades opcionales.
- No realizar cambios sin comentarios con la paciente; es importante que el personal se responsabilice del cumplimiento de los compromisos realizados.
- Proporcionar cambios del escenario (dentro del recinto y fuera cuando sea posible.)
- Hacer las referencias apropiadas de grupos de apoyo; organizaciones y clubs de distracción.etc.
- Identificar lo que se necesita para la movilización; silla de ruedas, andador y voluntarios.
- Valorar los sentimientos de la paciente sobre sí misma, sensación de capacidad para controlar la situación, sensación de esperanza y técnicas de afrontamiento.
- Ayudar a la paciente a aprender habilidades (p.ej., resolución de problemas, comunicación, técnicas sociales, autoestima, actividades de la vida diaria, etc.).

- Ayudar a la paciente a diferenciar entre aislamiento y soledad y no caer en un estado no deseado.
- Mantener un ambiente estimulante con reloj, calendario, objetos personales, etc.
- Estimular la participación en el autocuidado y actividades ocupacionales de recreo.

6. EVALUACIÓN GENERAL DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Al realizar ésta evaluación podemos decir que: se logró una presentación agradable en los alimentos, así como al cuidador se le sensibilizo para mejorar los hábitos alimenticios de la paciente; lo que dio como resultado un aumento de peso de 100 a 150gr, por semana, se logró el aumento de ingestión de líquidos y fibra en su dieta. Se logró establecer con el cuidador las medidas de autocuidado para evitar infecciones urinarias. Se estableció un horario de paseos en silla de ruedas alternando periodos de caminata progresivamente con ayuda, sin lograr su independencia total ni parcial, Se evitó de esta forma las caídas; a demás la paciente cooperó con los ejercicios de amplitud de movimiento, fuerza muscular, hasta que manifesto dolor. El cuidador primario comprendió los cambios normales del sueño, los factores internos y externos que alteran el sueño, así como las medidas apropiadas para reducir o facilitar los problemas que inhiben el sueño. No se logró obtener la independencia total de la paciente en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales en el autocuidado, pero si se logró mantener la piel intacta. Se logró adaptar medidas de seguridad en el domicilio de la paciente, evitando las barreras arquitectonicas que fueran causa de lesión física de acuerdo a las necesidades de la paciente, logrando que saliera acompañada de algún ser querido. El cuidador primario mostró y mejoró su capacidad para comprender las necesidades de la paciente y se sintió menos frustrado por la falta de habilidades para comunicarse con ella. Se insistió en la resocialización de la paciente, con individuos de su misma edad, para intentar la participación oral, a pesar de que la paciente se mostraba indiferente y por la fluctuación en su estado de ánimo depresivo.

CONCLUSIONES.

Hablar de la enfermedad de Alzheimer, o de las demencias en general, resulta el reto más duro en la medicina actual y una de las grandes interrogantes aun no vencidas de finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

Cada vez es mayor el número de pacientes geriátricos con enfermedad de Alzheimer. Es importante conocer el drama que implica a los familiares y al cuidador primario, cuando contemplan el progresivo deterioro psicológico, físico y moral, en el que va cayendo un ser humano; por otra parte el impacto que causa el aceptar que la enfermedad de Alzheimer dura años, saber que causa complicaciones médicas, reconocer las enfermedades que enmascaran el diagnóstico, detectar signos y síntomas comunes, y saber cuando tomar la decisión oportuna para el tratamiento hospitalario dentro del sector salud o en alguna institución privada, pensando siempre en su calidad de vida, con el apoyo de todo el equipo multidisciplinario, evitando de esta forma que el anciano sea víctima de abuso, negligencia y maltrato.

Es triste pensar que es una enfermedad irreversible y de evolución rápida y más aún que nos evite lograr objetivos a largo plazo, donde logremos ver los resultados de los esfuerzos realizados en cada una de las 14 necesidades de atención obtenidas en éste estudio, que propicien el diario vivir sin ningún obstáculo que limite el desempeño laboral, cultural, social y familiar, que afecten la autoestima del paciente, manifestándolo con períodos de depresión.

A pesar de que se encuentran medios para la atención de los ancianos con Alzheimer, encontramos personas que ignoran a donde acudir con su enfermo, aunado a ello problemas económicos o familiares, que conllevan a una situación desesperante.

Para llegar un tratamiento de enfermería y lograr satisfacer las necesidades básicas del paciente con enfermedad de Alzheimer; es importante la participación oportuna del equipo multidisciplinario (Médicos, enfermeras geriátricas, trabajadoras sociales, dietistas, psicólogos, terapeutas físicos, etc), ya que de está forma juntos podemos lograr una vida digna y una muerte tranquila al paciente con esta enfermedad.

En lo personal la práctica de la enfermera especialista en el anciano, conlleva a una serie de satisfacciones y a la vez frustraciones, ya que al estar con los pacientes se da cuenta uno que hay mucho que hacer por ellos y pocas las ganas, puesto que es muy desgastante el cuidado con ellos, y la pobre experiencia en el manejo, en este caso de pacientes psicogeriatricos se vuelve importante, que los conocimientos de la enfermera especialista no se limiten a un año, si no estar constantemente actualizados en los cambios que se van dando en el adulto mayor. Para lograr de esta manera la calidad de atención y la destreza en el manejo de entrevistas, escalas y la valoración geriátrica que incluye las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y la aplicación de las etapas de su modelo de atención en el que se fundamenta este trabajo.

De tal forma el estudio de caso me permitió la formulación de los diagnósticos de enfermería sustentados por la taxonomía de la nanda, plantear objetivos y la realización de un plan de atención de enfermería, donde se puede ver al individuo holísticamente. Y comprobar que la teoría de Virginia Henderson es aplicable en cada una de sus etapas en este estudio de caso.

BIBLIOGRAFIA.

1. González, J. L. *Teoría de Virginia Henderson*. Apuntes. Escuela nacional de enfermería y obstetricia. UNAM. México 1998.
2. Alfaro R. *Aplicaciones del Proceso de Enfermería*. Ed Doyma. Barcelona, 1995.
3. Fernández C. Novel G. *El Proceso de Atención de Enfermería*, Masson. 1993.
4. Harcourt B. *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA*, definiciones y clasificación, 1997-1998.
5. Kim. Mc Farland. Mc Lane. *Diagnósticos de Enfermería*, Ed. Interamericana, Mc. Graw-Hill.
6. Marilinne D. Mary FM. *Diagnóstico y actuaciones de Enfermería*. Maria RG. 3ª. Ed. Doyma, España. 1992.
7. Katz S, Ford A, Moskowitz R, et al: The index of ADL: *A standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 185: 914-919. 1993.
8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al : *Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report*. J Psychiat res 17: 37-49, 1993.
9. Tinetti ME, Ginter SF: *Identifying mobility dysfunction in elderly patients*. JAMA 259: 1190-1193, 1998.
10. Robert LK, Joseph GO, Itamar BA. *Geriatría clínica*, Martha Elena a. 3ª Ed. Hill Interamericana, México, Pag, 82-89, 102-124, 253-255, 1997.
11. Miguel Krassoievitch. *Demencia senil y presenil*, Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V, México D.F. 1997.
12. Consenso Funsalud, *Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales*, Fundación Mexicana para la salud, 1996.
13. Pichot P, Lopez-I, Aliño JJ. *DCM-4 Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed.Masso, ss, Sociedad. Barcelona 1995.
14. Miguel K, *Psicoterapia Geriátrica*, Fondo de Cultura Económica, México D, F. Pag. 218-219, 222. 1998.
15. Frances F. Rogers S, *Planes de Cuidados en Enfermería Geriátrica*, Maria Dozana V, Ed, Científicas y Técnicas, S.A, Masson, Barcelona (España) 1-375, 1995.

16. Daine KN, Dane A.J, *Planes de Cuidados en Geriatría*, Inés Martínez A. Ed. Española, Mosby, 1-319, 1994.
17. Ramón P.M, *Metodología de la Investigación Científica*, 1ª. Ed. Trillas, México D,F 1991.
18. Mary AF, Risa L. *Secretos de la Geriátria*. Ed. Mc Grw-Hill, Interamericana, México, 1999.
19. San MH, Vicente P, *Epidemiología de la Vejez*, España , Interamericana, 1990.
20. Salud pública de México, *Salud del adulto mayor*, México, Instituto Nacional de Salud pública, No.6, Nov-Dic. Vol 38, 1996.
21. Annete G. Lueckenotte, *Valoración geriátrica*, México, Ed. Interamericana, 1992.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO

I DATOS GENERALES:

Institución: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Religioso: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Tiene derecho a algún servicio de Salud: _____

II APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia: _____ Rentada: _____ Otro: _____

Con quién vive: _____ Trabajo anterior: _____

De dónde obtiene sus ingresos: _____

Cubre sus necesidades: _____

Cuenta con algún apoyo comunitario: _____

Pertenece a algún grupo: _____

Problemas de salud en los últimos tres años: _____

Dispone de transporte cuando necesita salir del hogar: _____

Nombre del familiar más cercano: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

III INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos: _____

Fecha de su última inmunización para:

• Tétanos: _____

• Difteria: _____

- Tuberculosis: _____
- Influenza: _____
- Otros: _____

IV VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- Necesidades de oxigenación:

F.C.: _____ F.R.: _____ T.A.: _____

	SI	NO
• Tos	___	___
• Rinorrea	___	___
• Secresión Nasal	___	___
• Epistaxis	___	___
• Obstrucción Nasal	___	___
• Ronquido	___	___
• Resfriados Frecuentes	___	___
• Asma o alergia	___	___
• Disnea	___	___
• Disnea de esfuerzo	___	___
• Disnea paroxística nocturna	___	___
• Ortopnea	___	___
• Hemoptisis	___	___
• Expectoración	___	___
• Respiración sibilante	___	___
• Mormullo o soplo	___	___
• Edema de miembros inferiores	___	___
• Cambio de coloración de la piel en Ms. Infs.	___	___
• Varices	___	___
• Claudicación intermitente	___	___
• Parestesias	___	___

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax: _____

2.- Necesidades de Nutrición e Hidratación:

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____

	SI	NO
• Dolor de garganta	___	___
• Lesiones o úlceras en la boca	___	___

- dificultad para deglutir _____
- Gengivorragia _____
- Caries _____
- Alteraciones del gusto _____
- Problemas de masticación _____
- Prótesis dental _____
- Infección bucal _____
- Náuseas o vómito _____
- Cambio de apetito _____
- Dolor abdominal o intestinal _____
- Polifagia _____
- Polidipsia _____
- Úlcera gástrica _____
- Intolerancia alimentaria _____
- Indigestión _____
- Acidez de estomago _____
- Anemia _____
- Hematemesis _____
- Variación de peso _____
- Tumuración gástrica o intestinal _____

Historia de transfusión sanguínea: _____

Fecha del último reconocimiento odontológico: _____

Método de cepillado de los dientes: _____

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental: _____

Valoración sobre los aspectos que influyen en nutrición (preguntas anexas): _____

Patrón de eliminación intestinal: _____

3.- Necesidades de eliminación:

Orina: Color: _____ Olor: _____ Cantidad: _____

Phi: _____ Densidad: _____ Proteína: _____

Sangre: _____ Glucosa: _____ Cetona: _____

Heces: Color: _____ Olor: _____ Consistencia: _____

Frecuencia: _____ Configuración: _____

Presencia de sangre: _____

Sudor: Cantidad: _____ Olor: _____ Horario: _____

Situación en la que se da la sudoración: _____

	SI	NO
• Disuria	___	___
• Polaguiuria	___	___
• Poliuria	___	___
• Oliguria	___	___
• Nicturia	___	___
• Hematoria	___	___
• Goteo terminal al orinar	___	___
• Urgencia	___	___
• Dificultad para iniciar la micción	___	___
• Incontinencia Urinaria	___	___
• Incontinencia fecal	___	___
• Dolor al miccionar	___	___
• Problemas de litiasis renal	___	___
• Infección urinaria	___	___
HOMBRE	SI	NO
• Secreción a nivel del pene	___	___
• Testículos dolorosos	___	___
	SI	NO
• Tumoración a nivel de testículos	___	___
• Problemas Prostático	___	___
• Enfermedad de transmisión sexual	___	___
• Cambios en la líbido	___	___

- Impotencia _____
- Preocupación acerca de la actividad sexual: _____

MUJER

- Lesión genital _____
- Secreción vaginal _____
- Dispareunia _____
- Sangrado poscoital _____
- Dolor pelviano _____
- Cistocele _____
- Rectocele _____
- Prolapso _____
- Infección vaginal _____
- Enfermedad de transmisión sexual _____

Grávida: _____ Para: _____ Aborto: _____

Historia de menargua: _____

Historia de menopausia: _____

Preocupación acerca de la actividad sexual: _____

4.- Necesidades de movimiento y postura:

- | | SI | NO |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| • Articulaciones dolorosas | _____ | _____ |
| • Rigidez articular | _____ | _____ |
| • Inflamación articular | _____ | _____ |
| • Deformación de articulaciones | _____ | _____ |
| • Espasmos musculares | _____ | _____ |
| • Calambres | _____ | _____ |
| • Parálisis | _____ | _____ |
| • Paresias | _____ | _____ |
| | SI | NO |
| • Parestesias | _____ | _____ |
| • Tics, temblores o espasmos | _____ | _____ |
| • Debilidad muscular | _____ | _____ |

- Dolor de espalda _____
- Problemas de deambulación _____
- Prótesis _____
- Lesión cerebral _____

Clase de ejercicio que practica habitualmente: _____

En los últimos tres años ¿ha sufrido algún traumatismo o caída?: _____

Escalas de valoración sobre:

- Actividades de la vida diaria básicas: _____
- Actividades de la vida diaria instrumentadas: _____
- Marcha: _____
- Balance: _____

5.- Necesidades de descanso y sueño:

	SI	NO
• Dolor de cabeza	_____	_____
• Vértigos	_____	_____
• Vahídos	_____	_____
• Rigidez meníngea	_____	_____
• Dolor o sensibilidad en el cuello	_____	_____
• Convulsiones	_____	_____
• Sincope	_____	_____
• Problemas de memoria	_____	_____
• Disturbios del sueño	_____	_____

Traumatismo cefálico, importante en el pasado: _____

Valoración neurológica: _____

Escala de valoración del estado mental: _____

Condiciones del entorno que impide el descanso o sueño (sonido, luz, temperatura, colchón etc.): _____

6.- Necesidades de usar prendas de vestir adecuado:

	SI	NO
• Exhibicionismo	___	___
• Tiene capacidad para vestirse	___	___
• Tiene capacidad para desvestirse	___	___
• Las prendas de vestir están sucias	___	___
• Prendas de vestir inadecuado a la situación	___	___
• Espacio inadecuado para mantener su ropa limpia y en orden	___	___

Problemas físicos o del entorno que le impide lavar y planchar su ropa: _____

Otros factores: _____

7.- Necesidades de termo regulación:

Temperatura: _____

	SI	NO
• Exposición al sol	___	___
• Exposición al frío	___	___
• Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental	___	___
• Habitación fría	___	___
• Habitación caliente	___	___
• Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales	___	___

Otras situaciones que impiden la termo regulación: _____

8.- Necesidades de higiene y protección:

	SI	NO
• Lesiones de piel	___	___

- | | | |
|---|-------|-------|
| • Heridas | _____ | _____ |
| • Cambios en la pigmentación de la piel | _____ | _____ |
| • Cambios en la textura | _____ | _____ |
| • cambios en los nevos | _____ | _____ |
| • Hematomas frecuentes | _____ | _____ |
| • Cambios en el pelo | _____ | _____ |
| • Cambios en las uñas | _____ | _____ |
| • Callos | _____ | _____ |
| • Juanetes | _____ | _____ |

Forma de cicatrización de las lesiones o de los hematomas: _____

Forma de hacer el autoexamen de las manos: _____

Descripción de lesión cutánea o de los anexos de la piel: _____

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: _____

9.- Necesidad de evitar los peligros:

	SI	NO
• Somatización	_____	_____
• Hipocondriasis	_____	_____
Factores de riesgo a caídas:		
• Suelo encerado	_____	_____
• Suelo mojado	_____	_____
• Cables en el piso	_____	_____
• Suelo con desniveles	_____	_____
• Falta de iluminación en escaleras	_____	_____
• Falta de iluminación en la habitación	_____	_____
• Existencia de alcantarillas	_____	_____
• Barandillas en la cama	_____	_____
Riesgos a accidentes:		
• Disminución auditiva	_____	_____
• Disminución visual	_____	_____
• Disminución de reflejos	_____	_____
• Otros: _____	_____	_____

10.- Necesidad de comunicación:

	SI	NO
• Ansioso	—	—
• Deprimido	—	—
• Accesos de llantos	—	—
• Nervioso	—	—
• Miedoso	—	—
• Problemas para tomar decisiones	—	—
• Dificultad para concentrarse	—	—
• Estrés o tensión actual	—	—
• Cambios en la voz	—	—
• Problemas de memoria	—	—
• Afasia	—	—
• Apraxia	—	—
OJOS:		
• Lagrimeo en exceso	—	—
• Prurito en los ojos	—	—
• Inflamación en párpados	—	—
• Partículas flotantes	—	—
• Diplopía	—	—
• Visión borrosa	—	—
• Cambios de visión	—	—
• Fotofobia	—	—
• Escatoma	—	—
• Uso de gafas o lentes	—	—
• Infección o dolor frecuente	—	—
OIDO:		
• Tinnitus	—	—
• Secreción ótica	—	—
• Vértigo	—	—
• Sensibilidad auditiva	—	—
• Infección ótica	—	—
• prótesis auditivas	—	—
• Cambios en la audición	—	—

Manejo de satisfacción frustración: _____

Mecanismo de adaptación habituales: _____

Fecha y resultado de su último reconocimiento visual: _____

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma: _____

Fecha y resultado de su último examen otológico: _____

Costumbres particulares en el cuidado del oído: _____

Tipo de comunicación verbal: _____

Tipo de comunicación no verbal: _____

Actitud y facilidad de relación: _____

Utilización de mecanismos de defensa: _____

Condiciones del entorno que limitan la comunicación: _____

Calidad y cantidad de la interacción familiar (Familiograma anexo): _____

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): _____

II. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

	SI	NO
• Viste de acuerdo a un grupo social o religioso	___	___
• Pertenece a una religión concreta	___	___

- Dios tiene importancia para ella o él _____
- Le resulta de ayuda: _____
- La oración _____
- La lectura _____
- La escritura _____
- Alguna práctica religiosa _____

La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:

- Dios _____
- Sobre la fe _____
- Sus propios sentimientos _____

Significado de Dios para ella o él: _____

Qué es lo que más le preocupa al estar enfermo: _____

Quién o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda: _____

Qué es lo que más le ayuda cuando tiene miedo: _____

Tiene algún temor o esperanza en concreto: _____

Tiene algún asunto o negocio pendiente: _____

Cómo maneja las pérdidas significativas: _____

Sentimientos sobre la muerte: _____

12.- Necesidad de trabajo y realización:

Problema para realizar algún trabajo:

	SI	NO
Neuromuscular	—	—
Nervioso	—	—
Órganos de los sentidos	—	—
Situación laboral actual:	_____	_____

Autorealización: _____

13.- Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas:

	SI	NO
Impedimiento físico	—	—
Impedimiento mental	—	—
Pertenece a algún grupo de la tercera edad	—	—
Rechaza las actividades	—	—

Ocupación del tiempo libre: _____

Qué hace para resocializarse: _____

14.- Necesidad de aprendizaje:

Escolaridad: _____

Capacidad de atención y memoria: _____

Interés por aprender su autocuidado: _____

Interés por aprender educación para su salud: _____

Otro interés de aprendizaje: _____

V. Medicamentos: prescritos, no prescritos o medicina tradicional.

NOMBRE DE FÁRMACO	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	ÚLTIMA TOMA	REACCIÓN ALÉRGICA

Sabe para qué tema cada uno de los medicamentos: _____

Desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: _____

Realiza algún control adicional con su tratamiento médico como son:

- Dieta: _____
 - Ejercicio: _____
 - Control de T.A. : _____
 - Registro de pulso: _____
 - Registro de respiración: _____
 - Control de glucosa en sangre: _____
 - Control de glucosa en orina: _____
- Revisión periódica de:
- Visión: _____
 - Audición: _____
 - Papanicolao: _____
 - Prostática: _____
 - Memoria: _____

ESTA TESIS NO SALI DE LA BIBLIOTECA

- Otra: _____
- Control de anticoagulantes: _____

Con qué frecuencia visita al médico: _____

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: _____

Utiliza medicina alternativa: Si _____ No _____

Cuál: _____

Observaciones

Fecha de realización: _____

Nombre y firma de quien la realizó: _____

C:\valoanc.doc

VI LAS NECESIDADES DEL ANCIANO

FECHA DE VALORACIÓN: _____

NECESIDAD	GRADO DE:		CAUSA DE LA DIFICULTAD			TIENE INTERAC. C/ OTRA NECESIDAD		CAPACIDADES Y RECURSO DE LA PERSONA Y SU ENTORNO
	INDEPEND.	DEPEND.	F.F	F.C	F.V	SI	NO	

DEPENDENCIA: TOTAL=T. PARCIAL=P. FALTA DE FUERZA= F.F. FALTA DE CONOCIMIENTO=F.C.
 TEMPORAL=TM PERMANENTE=PR. FALTA DE VOLUNTAD=F.V

VIII PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

LUGAR (INSTITUCIÓN): _____ SERVICIO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

Nombre del anciano: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. civil: _____

FECHA	DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	APOYADO POR:	EVALUACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

EVALUACIÓN MENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA DE LA EVALUACIÓN: _____

PUNTAJE

- 1.- ¿CUANTOS AÑOS TIENE? _____
- 2.- ¿EN QUÉ AÑO NACIÓ? _____
- 3.- ¿EN QUÉ AÑO ESTAMOS? _____
- 4.- ¿EN QUÉ MES ESTAMOS? _____
- 5.- ¿QUE DÍA DE LA SEMANA ES HOY? _____
- 6.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE Y NOMBRES? _____
- 7.- ¿EN DÓNDE NACIÓ? _____
- 8.- ¿CUENTE DEL 1 AL 10 Y AL REVÉS? _____
- 9.- ¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN? _____
- 10.- ¿EN QUÉ TRABAJO, O SE OCUPÓ? _____

TOTAL DE PUNTOS: _____

REALIZADO POR: _____

PUNTAJE:
0-3 Confusión severa
4-6 Confusión moderada
7-8 Confusión mínima
9-10 Lúcida

(Clínica Mexicana de Geriatria)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO

- 1.- ¿Cuáles son las limitaciones físicas del anciano?:
- 2.- ¿Puede hacer planes para satisfacer sus necesidades alimenticias?:
- 3.- ¿Conoce sus necesidades alimenticias?:
- 4.- ¿Físicamente es capaz de ir a comprar sus alimentos?:
- 5.- ¿Puede encargarse de su alimentación por sí mismo?:
- 6.- ¿Tiene alguna necesidad nutricional específica o restricciones dietéticas?, si la tiene
¿Comprende las instrucciones?:
- 7.- ¿Alcanza a comprender lo suficientemente bien sus padecimientos y necesidades como para
cumplir las instrucciones dietéticas?:
- 8.- En caso de que no pueda controlar por sí mismo su dieta, ¿que otras opciones le quedan?:
- 9.- En caso de que no pueda cuidar de sí mismo. ¿Podrán los que conviven con él asumir esa
responsabilidad?:
- 10.- ¿Se muestra deseoso de aceptar su dieta?:
- 11.- ¿Tiene capacidad el anciano para prepararse el mismo su dieta?:
- 12.- ¿cuenta con los utensilios necesarios para preparar su dieta?:
- 13.- ¿Hay un sitio agradable para que coma cómodamente?:
- 14.- ¿Hay posibilidades de comer en compañía de alguien?:
- 15.- ¿Tiene algún patrón alimenticio?:
- 16.- ¿Hay alimentos que disgusten o no tolere el paciente?:
- 17.- ¿Qué tipo de alimentos consume en un día común y corriente?:
(en 24 horas).

(Canevali, D.L. y M. Patrick: p.p. 250-252)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?..... No... Si
2. ¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades?..... No... Si
3. ¿Siente usted que su vida ésta vacía?..... No... Si
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?..... No... Si
5. ¿Tiene usted esperanza en el futuro?..... No... Si
6. ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?..... No... Si
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?..... No... Si
8. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?..... No... Si
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?..... No... Si
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?..... No... Si
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?..... No... Si
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?..... No... Si
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente en el futuro?..... No... Si
14. ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?..... No... Si
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?..... No... Si
16. ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?..... No... Si
17. ¿Siente usted que nadie lo aprecia?..... No... Si
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado..... No... Si
19. ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?..... No... Si
20. ¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?..... No... Si
21. ¿Se siente usted lleno de energía?..... No... Si
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?..... No... Si
23. ¿Cree usted que los demás están mejor que usted?..... No... Si
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas, sin importancia?..... No... Si
25. ¿Tienen usted ganas de llorar con frecuencia?..... No... Si
26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse?..... No... Si
27. ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?..... No... Si
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?..... No... Si
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?..... No... Si
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?..... No... Si

TOTAL DE PUNTOS: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA DE EVALUACIÓN: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

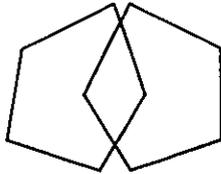
ESTADO DE MEMORIA (Fosterii)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: ____ SEXO: ____ FECHA: _____

LUGAR EN DONDE SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN: _____

PTS. MÁXIMA PTS. OBTENIDA

- 5 _____ ¿QUÉ FECHA ES HOY? (DÍA, MES, AÑO y ESTACIÓN).
5 _____ ¿EN DONDE ESTAMOS? (PISO, HOSPITAL, CIUDAD,
ESTADO, PAÍS, DOMICILIO).
3 _____ NOMBRE TRES OBJETOS (1 POR SEGUNDO) PEDIRLE QUE
LOS REPITA.
5 _____ QUE RESTE EMPEZANDO DEL 100, DE 7 EN 7 (HASTA 5 RESP.).
3 _____ PREGUNTE POR LOS TRES OBJETOS APRENDIDOS.
2 _____ MUESTRE UNA PLUMA Y UN RELOJ Y PIDA QUE LOS
IDENTIFIQUE.
1 _____ QUE REPITA LA FRASE "TRES TRISTES TIGRES".
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 _____ QUE LEA LA FRASE "CIERRE LOS OJOS"
1 _____ QUE ESCRIBA UNA ORACIÓN.
1 _____ QUE COPIE UN DISEÑO GRÁFICO (PENTÁGONOS CRUZADOS).



PUNTOS _____ > DE 25 CONTINÚE CON LA VALORACIÓN GERIÁTRICA.

_____ < DE 24 OBTENGA LA INFORMACIÓN DE UN INFORMANTE.

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

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR	PUEDE HACERLO SOLO	CON AYUDA	INCAPAZ DE HACERLO
BEBER DE UNA TAZA	4	0	0
ALIMENTARSE	6	0	0
VESTIRSE PARTE SUPERIOR	5	3	0
VESTIRSE PARTE INFERIOR	7	4	0
COLOCARSE UNA PRÓTESIS	2	0	0
ARREGLO PERSONAL	6	0	0
ASEO Y BAÑO	6	0	0
CONTROL DE MICCIÓN	10	5	0
		OCASIONAL	INCONTINENCIA
CONTROL DE EVACUACIÓN	10	5	0
SENTARSE Y LEVANTARSE DE UNA SILLA	15	7	0
ENTRAR Y SALIR DE TINA O REGADERA	1	0	0
SENTARSE Y LEVANTARSE DEL W.C	6	3	0
CAMINAR 20 METROS PLANOS	15	10	0
SUBIR O BAJAR 15 O 20 ESCALONES	10	5	0
CAPACIDAD DE MANIOBRAR SILLA DE RUEDAS	5	0	0

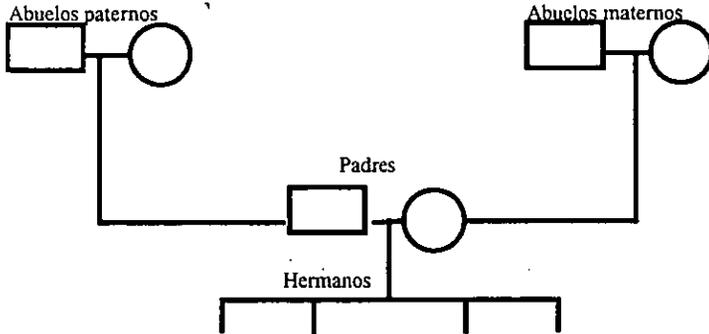
NOTA : MÁXIMO VALOR 100 PUNTOS= INDEPENDIENTE
 60 PUNTOS= INTERDEPENDIENTE
 MÍNIMO VALOR 40 PUNTOS O MENOS =DEPENDIENTE

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE= _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO

Mapa Familiar



Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear y extendida.

Símbolos

- | | | | |
|---|--|--|---|
|  Hombre |  Mujer |  Paciente problema |  |
|   Fallecimiento |  Relaciones fuertes |  Relaciones débiles |  Relaciones con estrés |

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

NOMBRE: _____ EDA: _____ FECHA: _____
DOMICILIO: _____

RIESGO A ULCERAS POR PRESIÓN

CONDICIÓN FÍSICA:	PUNTAJE	PUNTOS DEL PACIENTE
BUENA	4	
REGULAR	3	
POBRE	2	
MUY MALA	1	
CONDICIÓN MENTAL:		
ALERTA	4	
APÁTICO	3	
CONFUSO	2	
ESTUPOROSO	1	
ACTIVIDAD:		
AMBULATORIO	4	
CAMINA CON AYUDA	3	
EN SILLA DE RUEDAS	2	
ACOSTADO	1	
MOVILIDAD:		
COMPLETA	4	
LIGERA LIMITACIÓN	3	
MUY LIMITADO	2	
INMÓVIL	1	
INCONTINENCIA:		
NINGUNA	4	
OCASIONAL	3	
USUAL/ORINA	2	
DOBLE/HECES Y ORINA	1	

TOTAL: _____

NOTA: MENOS DE 14 PUNTOS= RIESGO INMINENTE DE ULCERACIÓN
MAS DE 14 PUNTOS= NO HAY RIESGO DE ULCERACIÓN

4.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: (Orientarle sobre qué hacer cuando se presenten).

5.- CUIDADOS ESPECIALES: (Sondas, ostomias, rehabilitación etc.)

6.- FECHA DE SU PRÓXIMA CITA: _____

7.- OBSERVACIONES:

(Folletos sobre educación para la salud, autocuidado y si es necesario sobre su padecimiento).

NOMBRE DE LA ENFERMERA:

VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN EL ANCIANO

INSTITUCIÓN O DIRECCIÓN _____
SEXO _____ EDAD _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
EDO. CIVIL _____ RELIGIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

1.-ESTADO MENTAL

1.1. Mini-mental:

A continuación se presenta una serie de instrucciones para realizar un examen del estado mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se calificaran con el número uno cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas; la calificación debe usarse dentro de los paréntesis que aparecen en la derecha. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelas en el espacio destinado a la calificación total al final de la prueba.

Calificación máxima Calificación obtenida Dé un punto para cada respuesta correcta

ORIENTACION

5 () Pregunte: ¿ qué fecha es hoy?. Después complete sólo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:

¿ En qué año estamos? ()
¿ En qué mes estamos ? ()
¿ Qué día del mes es hoy? ()
¿ Qué día de la semana? ()
¿ Qué hora es aproximadamente? ()

5 () Pregunte: ¿ En dónde nos encontramos ahora ? (casa, consultorio, hospital, etc..) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:

¿ En qué lugar estamos ? ()
¿ En qué país? ()
¿ En qué estado ? ()
¿ En qué ciudad o población ? ()
¿ En qué colonia o delegación ? ()

3 ()

REGISTRO

Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras y cuando termine quiero que me las repita Diga clara y lentamente las palabras flor, coche y nariz. Después pida al sujeto: Repita las tres palabras Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine de repetir las tres palabras, o bien hasta seis ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto recordara. (Recuerde la calificación para ese reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo).

Flor ()
Coche ()
Nariz ()

No. ensayos _____ : 1-5

ATENCIÓN Y CÁLCULO

5 ()

Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fijese bien, se trata de contar para atrás, restando 4 cada vez por ejem: $40-4=36$, $36-4=32$. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda.)

28	()
24	()
20	()
16	()
12	()

EVOCACIÓN

3 ()

Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí que recordara.

Flor	()
Coche	()
Nariz	()

LENGUAJE

2 ()

Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con una moneda.

reloj	()
moneda	()

1 ()

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración repítala después de mí (diga lenta y claramente): No voy si tú no llegas temprano. (sólo un ensayo)

()

3 ()

Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: Tome la hoja de papel con su mano derecha , después dóblela y tírela al piso (de un punto por cada paso correctamente ejecutado tome la hoja de papel

Con su mano derecha	()
dóblela	()
Tírela al piso	()

1 ()

Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita :Cierre sus ojos, incluida en este paquete (previamente doble la hoja sobre la línea punteada y muestre solo el letrero). Pida al sujeto: Por favor haga lo que dice aquí.

()

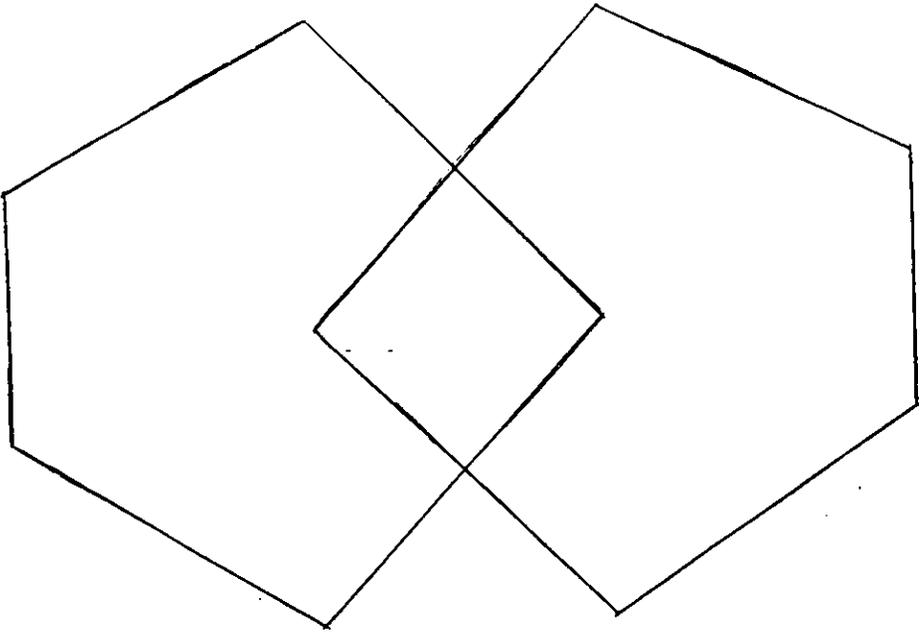
1 ()

Escritura: Presente al sujeto el reverso de la hoja en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda.

()

1 ()

Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados, (incluido al reverso de la misma hoja). Pida al sujeto: Copie por favor , este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos, y dos intersecados. (No tome en cuenta tembior ni rotacion) .



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (EDG)

Nombre: _____ No. de Exp. _____

Fecha: _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO UD. LA ÚLTIMA SEMANA.	Sí	No
1. Está Ud. satisfecho con su vida?	*	*
2. Ha abandonado Ud. muchos de sus intereses y actividades?		
3. Siente usted que su vida está vacía?		
4. Se aburre usted con frecuencia?		
5. Tiene usted esperanzas en el futuro?	*	*
6. Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?		
7. Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	*	*
8. Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?		
9. Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	*	*
10. Se siente usted frecuentemente desamparado?		
11. Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?		
12. Prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?		
13. Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?		
14. Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?		
15. Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	*	*
16. Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?		
17. Siente usted que nadie lo aprecia?		
18. Se preocupa usted mucho por el pasado?		
19. Cree usted que la vida es muy emocionante?	*	*
20. Le cuesta trabajo a usted iniciar cosas nuevas?		
21. Se siente usted lleno de energía?	*	*
22. Siente usted que su situación es desesperante?		
23. Cree usted que los demás están en mejores condiciones?		
24. Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?		
25. Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?		
26. Tiene usted problemas para concentrarse?		
27. Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	*	*
28. Prefiere usted evitar las reuniones sociales?		
29. Es fácil para usted tomar decisiones?	*	*
30. Está su mente tan clara como solía estar antes?	*	*
Sume los sí sin * y los no con *		